Date Due

Library Bureau Cat. no. 1137

Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Prof. CASPARY, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Dr. GÜNTZ, Prof. v. HEBRA, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Prof. SIMON, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, DDr. VEIEL, Prof. v. WALLER, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. H. Auspitz
Director der allgemeinen Poliklinik in
WIEN

und

Prof. Dr. F. J. Pick
Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in
PRAG.

Siebenter 1880. Jahrgang.

(Der Reihenfolge XII. Jahrgang.)

Mit dreizehn lithographirten Tafeln.

Wien, 1880.

Wilhelm Braumüller

k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Ferdinand Hebra

geboren am 7. September 1816
gestorben am 5. August 1880.

Eine schwere Aufgabe ist es, welche der Vierteljahresschrift zugefallen ist: Den Verlust jenes Mannes zu melden, welcher unserem Blatte seine wissenschaftliche Autorität, seinen ruhmreichen Namen, seine literarische Thätigkeit seit dem ersten Erscheinen des Archivs im Jahre 1869 zugewendet und ihm die ehrenvolle Mission ertheilt hat, seine Lehre in der periodischen medicinischen Literatur zu vertreten.

Dieser Mission wird die Vierteljahresschrift treu bleiben, auf die Unterstützung Aller bauend, die bisher mit ihr unter Hebra's Banner gefochten. Denn mag auch die Wiener dermatologische Schule allzufrüh ihres Gründers beraubt sein, des Meisters Geist wird sie auch in Zukunft nicht im Stiche lassen, damit sein Vermächtniss gewahrt bleibe und in den Händen seiner Jünger gedeihe für alle Zeiten!

Wir wollen es im Folgenden versuchen, das Leben und Wirken des Dahingeschiedenen, wenn auch mit schwacher und befangener Feder, zu skizziren.

Ferdinand Hebra war — nach authentischen Mittheilungen — am 7. September 1816 in Brünn als Sohn eines Militär-Intendanten geboren. Noch in seinen Kinderjahren war er genöthigt, den Kreis seiner Angehörigen zu verlassen, da sein Vater bei seinen häufigen Domicilveränderungen den Sohn nicht immer mit sich nehmen konnte. So absolvirte er im Convicte zu Judenburg in Steiermark das Gymnasium, an der Universität in Graz die sogenannten philosophischen Classen und kam dann nach Wien, um sich der Medicin zu widmen. Hier kam er in eine Zeit des Verfalles der medicinischen Studien, der den Schülern kein Geheimniss war. Oft noch in den letzten Jahren erzählte Hebra in seinen Vorlesungen schnurrige Aussprüche damaliger Kliniker und man hätte nicht glauben wollen, dass sein fröhliches Lachen, das die Zuhörer zur Nachahmung aneiferte, so bald verstummen sollte.

Nach im J. 1841 abgelegtem Doctorat der Medicin wusste Hebra nicht recht, welchem Fache er sich speciell widmen sollte. Kolletschka's und dann Rokitansky's Lehren, Skoda's Umgang hatten mächtig auf ihn eingewirkt und seiner Individualität entsprach es, ein Fach zu wählen, bei dem weniger die Speculation in erster Linie, sondern mehr die genaue Beobachtung und Beschreibung des Gesehenen, das Visum repertum, massgebend waren. Er wollte sich der gerichtlichen Medicin widmen. Der Professor der gerichtlichen Medicin in Wien, Bernt, hatte ihm die Stelle eines Assistenten an der Lehrkanzel für Staatsarzneikunde versprochen und mit grossem Eifer secirte er Monate lang neben

*

Rokitansky. Da bat ihn eines Tages Bernt, zu Gunsten eines armen Collegen, dessen Vater eben gestorben war und den Sohn in dürftigen Verhältnissen zurückgelassen hatte, auf den Posten zu verzichten. Hebra that es sofort. Hieraus trat er 1842 im September als Secundararzt in das allgemeine Krankenhaus ein und kam auf die unter Skoda stehende Ausschlagsabtheilung[1]). Gerade dieses Feld war aber so recht für seinen Blick, für seinen Beobachtungseifer das geeignete. Gar bald sah er ein, dass er zuerst Vieles lesen, dann wieder vergessen musste, um endlich zu klaren Begriffen und zur Constatirung vorhandener Thatsachen zu gelangen.

So fungirte er zuerst als „Aspirant", dann als Secundararzt bis 1845, indem er zugleich begann, Privatkurse über Dermatologie zu geben, zunächst, indem er die in Frankreich damals zu Geltung und hohem Ansehen gekommenen Lehren Alibert's und dessen 1832 publicirtes, höchst entwickeltes und auf das feinste nuancirtes natürliches System der Hautkrankheiten interpretirte und mit den Lehren der Willan'schen Schule und ihrer französischen Anhänger in Parallele stellte.

Es liegt noch das erste Zuhörer-Protokoll vom Jahre 1842 vor. Unter den damaligen und in den nächst darauffolgenden Jahren verzeichneten Zuhörern finden sich sehr hervorragende Namen, deren Träger meist älter, als ihr Lehrer waren. Im Gegensatze zu der Anerkennung dieser Männer war Hebra mancherlei Anfeindungen durch Collegen ausgesetzt, welche das alte liebgewonnene Gebäude angegriffen sahen und sich von dem Jünglinge nicht belehren lassen wollten.

Denn in Wien war damals für die Dermatologie vollständige tabula rasa, trotzdem von Oesterreich aus durch Plenk (1777) der erste Anstoss zu einer wissenschaftlichen Dermatologie gegeben worden war.

Was hie und da über die Begründung der wissenschaftlichen Dermatologie, über den Aufbau einer neuen Wissenschaft u. dgl. durch Hebra gesprochen wird, beruht auf geringer Kenntniss der

[1]) Operationszögling unter Wattmann war er nie. Die „Geschichte der Operationen", die er damals schrieb (1842), war in Folge einer Buchhändlerspeculation in unglaublich kurzer Zeit verfasst worden.

Geschichte dieser Disciplin. Wahr ist nur, dass man zur Zeit des Auftretens Hebra's in Wien von einer wissenschaftlichen Dermatologie nicht viel wusste, gerade so, wie die unsterblichen Forschungen von Laennec und seinen Nachfolgern der Wiener Universität, aus der doch Auenbrugger hervorgegangen war, erst durch Skoda vermittelt werden mussten.

Eine Dermatologie mit dem vollen Charakter der Wissenschaft hat es gegeben seit Plenk, Willan, Alibert, Biett, Rayer. Sie war freilich gerade zur Zeit von Hebra's Auftreten überall in bedenklichem Niedergange, die Traditionen der genannten Meister auch in London und Paris der Vergessenheit nahe. Hebra knüpfte an sie wieder an; er hat sie zu neuem Leben erweckt, indem er nicht die Wissenschaft der Hautkrankheiten —, sondern die Wiener Schule derselben geschaffen hat. Wir werden später darauf zurückkommen, was sie bedeutet — und fahren jetzt in den biographischen Notizen über Hebra fort.

In den Jahren 1842 und 1843 publicirte Hebra zuerst wissenschaftliche Jahresberichte über die Abtheilung für chronische Hautausschläge; im J. 1844 eine Arbeit über Krätze und einen Aufsatz über die die behaarte Kopfhaut selbstständig ergreifenden Hautkrankheiten. 1845 übernahm er die selbstständige Leitung der Abtheilung und publicirte noch in demselben Jahre seinen „Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten“ in den Jahrbüchern der Gesellschaft der Aerzte 1845.

Im J. 1852 unternahm er eine mehrmonatliche Reise nach Norwegen, um die Lepra (Spedalskhed) zu studiren. Dort sah er auch die erste Scabies norvegica, wie er sie später benannte. Die Spitäler von Paris, insbesondere das Hôpital St. Louis besuchte er in den Jahren 1852, 1862, 1867, 1872 und 1875, jene von London im J. 1862.

Im J. 1848 war er zum wirklichen Primararzt des allgem. Krankenhauses, 1849 zum ausserordentlichen Professor der Dermatologie ernannt worden, aber erst 1869 zum Ordinarius des Faches; erst in den letzten Jahren seines Lebens wurden ihm äussere Ehren reichlich zu Theil: der Adelstand, der Titel eines Hofrathes, die Ernennung zum correspondirenden Mitgliede der Wiener Aka-

demie der Wissenschaften, die Wahl zum Präsidenten der Gesellschaft der Aerzte nach Rokitansky's Tod.

Im letzten Jahrzehnte war Hebra häufig krank und musste seine freie Zeit, die ihm ohnedies durch die Klinik und seine grosse Praxis nur karg zugemessen war, immer ausschliesslich zum Ausruhen benützen. Sein primäres Leiden war eine chronische Bronchialblennorrhöe (Bronchiectasien?), an der er schon vom frühesten Kindesalter an litt. Mit nur kurzen Unterbrechungen dauerten diese oft mit Fieber verbundenen Katarrhe sein ganzes Leben lang und steigerten sich begreiflicher Weise stetig. Consecutiv traten Herzvergrösserung und Stauungen in der Leber und den Nieren ein und die letzten Wochen verbrachte Hebra, von einer durch Bright'sche Niere erzeugten Hydropsie und heftigen asthmatischen Anfällen gequält, unter grossen Leiden, bis ihn ein sanfter Tod im 64. Jahre seines Alters am 5. August 1880, gegen 5 Uhr Morgens, umgeben von seiner aufopfernden Gattin und seinen liebevollen Kindern, dahinraffte.

Seine irdische Hülle wurde am 7. August in der Nähe Rokitansky's auf dem Hernalser Friedhofe unter grosser Theilnahme der Wiener Bevölkerung, begleitet von all seinen vielen Freunden, Collegen und Schülern und der Wiener Studentenschaft unter einer Fülle von Blumen und Kränzen zur ewigen Ruhe bestattet.

Bevor wir die uns theure Pflicht erfüllen, seine grossen Verdienste zu würdigen, wollen wir vorerst ein Verzeichniss seiner wissenschaftlichen Publicationen hier beifügen, wie es sich in seinem Nachlasse, von ihm selbst entworfen, vorgefunden hat:

A. Grössere Werke.

I. Atlas der Hautkrankheiten. Herausgegeben von der k. k. Akademie d. Wissenschaften. Wien 1856—1876. Text von Hebra, Bilder von Elfinger und Heitzmann.

II. Atlas der Hautkrankheiten. Herausgegeben von Ferd. Enke in Erlangen 1867—1869. Text von Baerensprung und Hebra.

III. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Erlangen 1860. Enke's Verlag. III. Bd. Acute Exantheme und Hautkrankheiten. I. Theil. (II. Theil von Kaposi.)

III. Dasselbe in englischer, französischer, italienischer und russischer Uebersetzung.

IV. Geschichtliche Darstellung der grösseren chirurgischen Operationen mit besonderer Rücksicht auf Edl. v. Wattmann's Operationsmethoden, Wien 1842.

B. Journal-Aufsätze

in chronologischer Ordnung.

1. Jahresbericht über die vom 1. Jänner bis 31. December 1841 an der Abtheilung für chronische Hautausschläge behandelten Kranken. Med. Jahrb. des k. k. österr. Staates, 38. Band, oder neue Folge XXIX. Band. Wien 1842, Seite 310, dann 40., resp. XXXI. Band, Seite 177 und 323; ferner 41. oder XXXII. Band, Seite 203 und 345.
2. Ueber Krätze. Med. Jahrb. etc. 46, resp. XXXVII. Band, 1844, III. Heft, S. 280; IV. Heft, S. 44 u. V. Heft, S. 99.
3. Jahresbericht der Ausschlagsabtheilung. 1843. l. c. VIII. Heft, S. 238; IX. Heft, S. 353 und X. Heft, S. 163.
4. Ueber die die behaarte Kopfhaut selbstständig ergreifenden Hautkrankheiten. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte. I. Jahrg., 1844, II. Heft, S. 24.
5. Versuch einer auf pathol. Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankh. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte. II. Jahrg., 1845, I. Band, S. 34, 143 und 211.
6. Dermatologische Skizzen. a. a. O., III. Jahrg., 1846. I. Bd. S. 324.
7. Ueber eine in Norwegen beobachtete neue Form der Krätze etc. a. a. O. VIII. Jahrg., I. Band, 1852, S. 390.
8. Skizzen einer Reise in Norwegen. a. a. O. IX. Jahrg., I. Band, 1853, S. 60.
9. Beitrag zur Geschichte der sogenannten norwegischen Krätze. 2. Artikel. IX. Jahrg., II. Bd., 1853, S. 33.
10. Sieben Monographien über Krätze. a. a. O. X. Jahrg., 1854. I. Band, S. 86.
11. Bericht über die während des J. 1853 stattgehabte Bewegung und Ereignisse an der Klinik und Abtheilung für Hautkranke im k. k. allgem. Krankenhause zu Wien. a. a. O. X. Jahrg., 1854, II. Bd., S. 97.

12. Ueber Herpes tonsurans (Cazenave). a. a. O. X. Jahrg., 1854, II. Band, S. 473.
13. Gutachten über die Vaccinationsfrage. Referat an die k. k. Gesellsch. d. Aerzte. a. a. O. XIII. Jahrg., 1857, S. 276.
14. Ueber das Verhältniss einzelner Hautkrankheiten zu Vorgängen in den inneren Sexualorganen des Weibes. Wochenbl. d. Ztschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte. I. Jahrg., 1855, S. 633.
15. Beiträge zur Syphilisation. a. a. O. II. Jahrg., 1856, S. 213.
16. Bericht über die Syphilisation. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. der Aerzte 1860, S. 129.
17. Ueber die Anwendung des Schwefels bei Hautkrankheiten. In der Wr. allg. med. Ztg. V. Jahrg., 1860, pag. 385.
18. Ueber das Nichtbestehen charakteristischer Narben. a. a. O. VI. Jahrg., 1861, S. 10.
19. Ueber die innerliche und äusserliche Anwendung von Jodpräparaten bei Hautkrankheiten. a. a. O. VII. Jahrg., 1862, S. 21.
20. Ueber die Wirkungen der Hautreize. l. c., S. 425.
21. Dasselbe in französischer Uebersetzung. 1867.
22. Ueber Fussschweisse. Wr. allg. med. Ztg. VIII. Jahrg., 1863, S. 114.
23. Apparat zum Gebrauche warmer continuirlicher Bäder etc. Wien 1862. K. k. Hof- und Staatsdruckerei.
24. Dasselbe in englischer und französischer Uebersetzung.
25. Aerztlicher Bericht über die Blatternepidemie, welche vom 1. October 1861 bis Ende Juni 1863 andauerte. Aus dem Jahresberichte des k. k. allg. Krankenhauses vom Jahre 1863. Separatabdruck.
26. Ueber die sogen. Phthiriasis (Läusesucht). Wiener med. Presse, Jahrg. 1865.
27. Ein Fall eines geheilten, aus Lupus entwickelten, faustgrossen Epithelioms an der Wange. Wr. med. Wochenschr., Jahrg. 1867.
28. Ueber die Verwendung des Kautschuks bei der Behandlung von Hautkrankheiten. In dem I. Hefte des Archivs für Dermatologie und Syphilis von Auspitz und Pick 1869 veröffentlicht.
29. Ueber die ambulatorische Behandlung der Syphilis. Wr. med. Wochenschr. 1869.
30. Ueber den Befund von Pilzen bei Eczema marginatum. Archiv für Dermatologie und Syphilis. Prag 1869.

31. Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase (Rhinosklerom). Wr. med. Wochenschr. 1870.
32. Ueber einzelne während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und bei Uterinalkrankheiten der Frauen zu beobachtende Hautkrankheiten. Wr. med. Wochenschr. Nr. 48, 1872.
33. Ueber die Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut. Wr. med. Wochenschr. Nr. 1, 1877.
34. Zur Therapie der Acne rosacea. Wr. med. Wochenschr. Nr. 1, 1878.

Ausserdem die alljährlich erschienenen, theils von Hebra selbst, theils unter seiner Redaction von den jeweiligen Assistenten verfassten „Jahresberichte“ der Klinik und Abtheilung für Hautkranke, welche einen Theil der „Jahresberichte“ des k. k. allgem. Krankenhauses ausmachen.

Wir haben oben erwähnt, dass Hebra's Auftreten in Wien in den vierziger Jahren die Dermatologie als wissenschaftliche Disciplin für Wien neu etablirte. Sie war hier gar nicht beachtet worden, unter der Signatur „Krätze“ wurden alle chronischen Hautkrankheiten zusammengeworfen; ihre Behandlung stand auf dem primitivsten Standpunkte, sie wurde in der That Quacksalbern und selbst im Wiener allg. Krankenhause den jüngsten Aerzten fast ohne Controle überlassen, wie etwa schmutzige häusliche Verrichtungen den untersten Kategorien der Dienerschaft.

Als sich Hebra damit zu beschäftigen anfing, stand gerade der Stern Rokitansky's, des Schöpfers der Wiener Schule im Zenith; eben erschien der erste Band seiner epochemachenden pathologischen Anatomie; seine Lehren beherrschten die Wiener Medicin und sie sollten bald jene Deutschlands und des Auslands sich unterwerfen. In der klinischen Medicin hatte Skoda eben die physikalische Untersuchung in Wien eingebürgert und er begann auch auf die Nosologie im Ganzen und auf die Therapie in einer Weise einzuwirken, die ein eigenthümliches Gepräge trug, das Gepräge des medicinischen Rationalismus. Während Rokitansky die Thatsachen in der Stille sammelte, prüfte und dann ohne viel Raisonnement als ein farbenreiches klinisches Gemälde auf anatomischer Grundfläche vor die Augen zauberte; war Skoda's Thä-

tigkeit in der Pathologie — abgesehen von seiner Specialität, der Untersuchungsmethode und ihrer positiven physikalischen Begründung — eine mehr kritisch beleuchtende, ein nüchternes, strenges Abwägen, welches sich von dem phantasiereichen Gebahren der früheren Kliniker wohl unterschied, Aufmerksamkeit und Zweifel wachrief, dadurch zur neuerlichen Prüfung aller, auch der scheinbar sichersten Thatsachen und zu neuen geistreichen Combinationen derselben gelangte und sich so vortrefflich an den wuchtigen Schritt des Rokitansky'schen Geistes anlehnte.

In der Therapie aber, wo Skoda ohne Contact mit dem zum Positiven geneigten Genius Rokitansky's geblieben war, liess er die Kritik mit vernichtender Schärfe walten, indem er für die Behandlung die möglichst ungestörte Beobachtung der Arzneiwirkung als Axiom aufstellte. Er ging darin wohl zu weit, indem er das Princip des Lernens als ein praktisches Princip für das Handeln verwendete.

Aus diesen Momenten, wie sie sich in Rokitansky und Skoda ausprägten, einer mächtigen positiven und einer praktisch mehr in den Vordergrund tretenden kritisch-raisonnirenden Richtung hat sich dasjenige aufgebaut, was man die Wiener Schule zu nennen pflegt.

In das Aufblühen dieser Schule, welche bald die ganze medicinische Welt mit ihrem Geiste erfüllte, trat nun zu Beginn der 40er Jahre auch Ferdinand Hebra.

Mit Rokitansky hatte er das ausgesprochene Talent für die morphologische Betrachtung gemein, die Gabe der schnellen und sicheren Gruppirung äusserer Merkmale zu lebendigen Bildern; dasjenige was den eminenten Naturhistoriker ausmacht.

Mit Skoda den scharfen Verstand, welcher jedoch bei ihm weniger den fein zugespitzten dialektisch-kritischen Charakter zeigte, als vielmehr eine naive und unbeeinflusste, gerade auf das Ziel losgehende, mit Witz und Bonhomie gepaarte Urtheilskraft, die höchste Potenz dessen, was man gemeinhin als „gesunden Menschenverstand“ bezeichnet.

Dazu kam aber drittens eine ausnehmende Energie des Denkens und Handelns, welche ihn antrieb, in beiden die äussersten Consequenzen nicht zu scheuen.

Was ihm fehlte, war jener umfassende Blick, jene philosophische Ruhe, wie sie auch grossen Geistern nur dann eigen ist, wenn ihnen auch die höchste Bildung innewohnt wie Rokitansky. Hebra besass keine ausgedehnte allgemeine Bildung, er war literarisch sogar ein wenig unbeholfen; abstracten Fragen oder feineren schriftstellerischen Problemen wendete er sich ungern zu.

Auch auf dem Gebiete der Pathologie war Hebra in diesem Punkte nicht hervorragend begabt, und wer eine Vorlesung Skoda's und darauf eine von Hebra zu hören in die Lage kam, dem fiel der Contrast, was die Vergeistigung des klinischen Objects durch den Einen, die praktische Verwerthung durch den Andern betrifft, klar in das Auge.

Was Hebra für seine Specialwissenschaft, die Dermatologie, geleistet hat, ist leicht aus diesen Eigenschaften herzuleiten.

Er suchte zunächst die Krankheitslehre zu klären, indem er dieselbe von den humoral-pathologischen Doctrinen, welche noch in der Medicin in Geltung standen, möglichst frei zu machen unternahm. Er verwarf sofort die Alibert-, Schönlein- und Fuchs'sche Richtung und kehrte sich zunächst der Willan- und Biett'schen Efflorescenzenlehre zu, welche er sorgfältig prüfte und hierauf in seinem Sinne zu verwerthen begann, indem er sie mit pathologisch-anatomischen Grundanschauungen, welche er Rokitansky entlehnte, in Verbindung brachte und so sein eigenes System der Hautkrankheiten construirte.

Dass dieses System weder ein natürliches noch ein künstliches genannt werden darf, dass es von seiner pathologisch-anatomischen Grundlage sich theilweise wieder entfernte, dass es selbst für seine Zeit mannigfache logische Fehler barg, für unsere Zeit aber die Berechtigung, als System zu gelten, verloren hat, habe ich an anderem Orte darzulegen versucht.

Also nicht in den allgemeinen Gesichtspunkten und nicht im Systeme der Hautkrankheiten wären Hebra's grosse Leistungen zu suchen.

Sie finden sich in der morphologischen Arbeit, welche Hebra für die Dermatologie gethan hat und in der Therapie.

Er verstand es wie kein Anderer vor und nach ihm, die Krankheitsbilder scharf zu sondern und das Individuelle vom Ge-

nerellen zu scheiden, das Wichtige dem Unwichtigen gegenüber an die oberste Stelle zu setzen, das Zusammengehörige zu verbinden. So gewann unter seinen Händen die Nosologie der Scabies ein schärferes Gepräge, indem er die längst bekannte, aber auch wieder bei Seite geschobene Krätz-Milbe auf ihrem Throne befestigte und alle Putsche der Krätz-Diathetiker bis in die entferntesten Schlupfwinkel verfolgte. Von da aus begann er einen Feldzug gegen die damals noch herrschende Scheu vor dem Heilen äusserer Krankheiten, deren Repression auf edle Organe man fürchtete, gegen die Diathesen- und Herpetidentheorien mit ihrem mystischen Symptomenkram, gegen die Weichselzöpfe und Läusesuchten.

Dagegen gestaltete er scharf umrissene neue Bilder einer Reihe von Hautkrankheiten, indem er theils andere Grenzen derselben zog und früher getrennte Individuen vereinigte, theils unhaltbare Termini beseitigte, theils endlich neue Krankheitsformen kennen lehrte.

Zu den ersten gehören: Eczem, Psoriasis, Prurigo, Erythema multiforme; zu der zweiten Reihe die Porrigines, Achores, der Strophulus, viele Lichenes u. dgl. m.; zu den letzten das Eczema marginatum, der Lichen ruber, das Rhinosklerom.

In seinen allgemeinen pathologischen Anschauungen hatte sich während dessen im Grossen kein Fortschritt vollzogen. Auf Hebra ist die physiologisch-experimentelle Richtung, welche die klinische Medicin in den letzten Jahrzehnten eingeschlagen hat, nicht von Einfluss gewesen. Bei der Consequenz, mit welcher er seine ehrlich gefassten Meinungen durchführte und verfocht, geschah es daher nicht selten, dass er in Conflict mit den neueren physiologisch-klinischen Methoden und Ueberzeugungen gerieth. So war seine Erkältungs-Theorie, sein Läugnen auch der physiologischen Wirkungen aller spastischen Hautreize und selbst des Wassers, welches noch den Gegenstand seiner vorletzten Publication gebildet hat — eine wahrhafte Abnormität.

Ebenso ist er nur in geringerem Masse den Fortschritten der pathologischen Anatomie, insbesondere der Histologie gefolgt, und ist seine Anwendung des Mikroskops eigentlich über die Besichtigung von Krätzmilben und von Pilzen nicht weit hinausgekommen. Zu Beginn der 60er Jahre, als einer seiner Assistenten in Wien, die Fussstapfen v. Baerensprung's und G. Simon's verfolgend,

zum Behuf histologischer Untersuchung angefertigte Präparate aus variolöser und lupöser Haut ihm producirte, wollte er nicht recht darauf eingehen, indem er äusserte: „Ich habe mit E.... schon vor zehn Jahren solche Studien umsonst getrieben; es sieht dabei Nichts heraus.“ Später freilich musste er seine ablehnende Haltung in dieser Richtung aufgeben.

Auch was die Stellung der Hautkrankheiten dem Organismus gegenüber betrifft, hat er wohl immer das Richtige geahnt, ja es in den ersten Worten der Einleitung seines Handbuches direct ausgesprochen. Und doch war gerade hier am deutlichsten ersichtlich, wie sehr der Mangel an umfassender allgemein pathologischer Bildung seine Schwingen lähmte. So kam es, dass er hier im Grossen und Ganzen trotz aller Detailarbeit auf dem Standpunkte stehen geblieben ist, welchen die Dermatologie vor ihm erklommen hatte und dass es ihm nicht gelang, an die Stelle der mit schärfsten Waffen von ihm bekämpften und besiegten humoral-pathologischen Hypothesen den wirklichen Zusammenhang der Hautaffectionen mit den Vorgängen im Organismus überhaupt, entsprechend den Fortschritten der klinischen Forschung letzterer Zeit, zu setzen.

Das ist der Hauptgrund, warum sein grosses Handbuch der Hautkrankheiten bei aller Originalität und bei der Fülle klinischer und therapeutischer Schätze, die es in seiner etwas rauhen Hülle birgt, doch keine radikale, die Grundlage unserer Wissenschaft reformirende Wirkung ausübte. Der Versuch aber, welcher in der zweiten Auflage und im zweiten Bande des Buches gemacht worden ist, die alten Hebra'schen Grundanschauungen mit neumodischen Zierrathen auszuschmücken, hat sich nicht als erfolgreich erwiesen.

Am allermächtigsten hat sich Hebra's Einfluss in der Therapie der Hautkrankheiten geltend gemacht, wie es bei der Vereinigung einer scharfen Beobachtungsgabe, durchdringenden Verstandes, geringer Scheu vor Autoritäten und rücksichtsloser Energie von ihm zu erwarten war. Was er in dieser Beziehung kritisch, experimentell und schaffend für die Dermatologie gethan hat, war das Resultat unausgesetzter Prüfung alles Neuen, mochte es von wo immer herstammen und der unbefangensten Objectivität. Ob auch eine oder die andere seiner therapeutischen Entdeckungen und Voraussetzungen sich als irrig erwies, ob insbesondere der Werth des von ihm empfohlenen continuirlichen Wasserbettes sich

bei unbefangener Beurtheilung als ein beschränkter, vielleicht hie und da als das Gegentheil des Nutzens herausstellen möge, — das thut seinen grossartigen Verdiensten nicht den mindesten Eintrag.

Wir kommen zum Schlusse.

Was Hebra für unsere Wissenschaft gethan hat, ist von unvergänglichem Werthe. Was er aber überdies als Lehrer für die Verbreitung gesunder Anschauungen, einer geraden und energischen Handlungsweise am Krankenbette, was er für den Sturz des Autoritätsglaubens bei seinen Schülern gewirkt hat, die jährlich zu Hunderten aus der ganzen Welt zusammenströmten, um seinen klaren, durch geistreiche Aperçus oft der schlagendsten Art zündenden, sich in das Gedächtniss tief eingrabenden Vorträgen zu lauschen — das hat ihn zu einem der gefeiertsten Kliniker und zu einem der wirksamsten Verbreiter des Wahren und Heilsamen gemacht.

Und so bleibt ihm jene Ehrfurcht, welche dem Genius, jene Dankbarkeit, welche dem grossen Lehrer und jene Liebe, die dem kräftig-edlen Manne geweiht wird, unvergänglich für alle Zeiten!

Heinrich Auspitz.

Originalabhandlungen.

Ueber die Structur des lupösen Gewebes.

Von

Dr. A. Jarisch,

Assistent an der dermatologischen Klinik in Wien.

Aus dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien.

(Hierzu Tafel I.)

Seit den eingehenden Untersuchungen über Lupus von Auspitz[1]) stimmen fast alle Autoren in der Ansicht überein, dass derselbe vom bindegewebigen Antheile der Cutis seinen Ausgang nehme. Nur Rindfleisch[2]) neigt sich einer älteren, insbesondere von Berger[3]) vertretenen Anschauung hin, derzufolge der Lupus vom Rete Malpighii ausginge. Rindfleisch sieht zwar nicht im Rete Malpighii selbst die Wucherungsstätte des Lupus, wohl aber in den drüsigen Fortsätzen der Epidermis und nennt denselben geradezu ein Adenom der Talg- und Schweissdrüsen.

Diese Auffassung Rindfleisch's konnte jedoch eine Anerkennung von Seite der Autoren nicht finden; nicht weil dieselben die Bilder, welche Rindfleisch beschrieb, nicht bestätigt hätten, wohl aber, weil sie in der Betheiligung der Drüsen an dem lupösen Processe etwas Secundäres erblicken und den wesentlichen Vorgang in das Cutisgewebe selbst verlegen mussten.

Trotz der Uebereinstimmung in diesem Punkte gehen doch die Meinungen über den Bau des lupösen Gewebes auseinander, und dies um so mehr, je differentere Stadien des Lupus den Untersuchern vorlagen.

---

[1]) Auspitz. Die Zelleninfiltrationen der Lederhaut. Med. Jahrbücher, Wien 1864.

[2]) Rindfleisch. Patholog. Gewebelehre 1875, p. 282.

[3]) Berger. De Lupo. Dissertatio inauguralis, Gryphiae 1849.

So sieht Auspitz[1]) das Wesen des lupösen Processes in einer die Lederhaut gleichmässig durchsetzenden Zelleninfiltration. Kaposi[2]) hingegen findet, dass der Lupus immer in Form von Zellennestern, welche unter der Gefässschicht der Cutis gelagert sind, beginne. Die Bindegewebsbündel umgrenzen schleuder- oder bogenförmig diese Zellennester. Erst durch Fortschreiten des Processes längs der Gefässe komme die diffuse Zelleninfiltration zu Stande.

In der gleichen Weise spricht Neumann[3]) von einem inselförmigen Auftreten des Lupus; die Bindegewebsbündel werden auseinander gedrängt, breiter und gehen in Folge der lupösen Wucherungen ganz unter.

Thoma[4]) betont schon mehr die Beziehung der Gefässe zur Entwicklung des Lupus. Dieselbe documentire sich vor Allem durch das Gebundensein an die Ausbreitung der Blutgefässe. Längs der Gefässe und in unmittelbarer Nähe derselben, in den sogenannten perivasculären Räumen, fänden sich ausgedehnte Züge lymphoider Zellen, welche durch Confluenz an einzelnen Stellen zur Bildung kleinerer oder grösserer Geschwulstknoten führen. — In gleichem Sinne erwähnt Essig, dass die Rundzellen bei Lupus die Gefässe mantelartig umscheiden.

Bei diesen Differenzen treffen jedoch die Meinungen in einem Punkte wieder zusammen, nämlich in der Ansicht, dass der Lupus durch das Auftreten kleiner, runder, grosskerniger Zellen eingeleitet werde. Während jedoch Auspitz in seiner im Jahre 1864 erschienenen Arbeit sich der Lehre Virchow's von der Theilung der Bindegewebskörperchen anschliesst und die Lupuszellen als Abkömmlinge der fixen Gewebezellen betrachtet, stehen die späteren Forscher bereits auf dem Boden der Emigrationstheorie.

Der Umschwung der Anschauungen über den Entzündungsprocess, welcher sich gegen Ende der sechziger Jahre vollzog, übte auch auf die uns beschäftigende Frage seinen Einfluss, indem die

---

[1]) l. c.

[2]) Kaposi, in Virchow's Handbuch der spec. Pathol. und Therapie, III. Bd., II. Theil, 1876.

[3]) Neumann. Lehrb. d. Hautkrankh. 1876.

[4]) Thoma. Anatomische Untersuchungen über Lupus. Virchow's Archiv 65. Bd.

Aufmerksamkeit der Forscher von den fixen Gewebezellen abgelenkt wurde. Die fixen Gewebezellen sollten sich ja zufolge der Angaben Cohnheim's [1]) gar nicht activ an dem entzündlichen Processe betheiligen, sie sollten eine passive Rolle spielen oder zu Grunde gehen. Die im Entzündungsherde angetroffenen zelligen Gebilde sollten sammt und sonders Auswanderer aus den Blutgefässen sein.

Sofort sprach auch die Mehrzahl der Untersucher des Lupus die zelligen Gebilde für ausgewanderte, weisse Blutkörperchen an und nur wenige äusserten sich vorsichtiger, aber auch um so unbestimmter, indem sie einfach von Wucherungsvorgängen Erwähnung thaten, in deren Definition jedoch nicht näher eingegangen wurde.

Eine von den gewöhnlichen Anschauungen abweichende Darstellung gab Lang [2]). Nach ihm sind es weder die fixen Bindegewebszellen, noch Auswanderer aus den Blutgefässen, welche zur Infiltration des Gewebes führen, es geben vielmehr Auswachsungen des protoplasmatischen Rohres der Capillaren, sowie auch der Adventitialelemente der kleinen Gefässe, nicht nur des Blut-, sondern auch des Lymphgefässsystems, den vornehmlichsten Ausgangspunkt für Lupus ab. Nach einigem Bestehen vereinigen sich die vielfach auswachsenden Fortsätze zu einem anfänglich grossmaschigen Netze. Durch Auswachsen neuer büschelförmiger Erhebungen, welche ihrerseits wieder kernhaltig werden, gestalte sich das Netz zu einem immer feineren und schliesslich werden die Maschenräume immer dichter angefüllt. Lang nennt diese in das Cutisgewebe hineinwachsenden Netze Lupuszellennetze, Lupuszellengeflechte.

Es ist unzweifelhaft, dass Lang ähnliche Bilder gesehen hat, wie sie meiner Darstellung zu Grunde liegen, doch gibt er denselben eine Deutung, welche von derjenigen, die ich vertreten werde, wesentlich abweicht.

Uebergehend zu meinen eigenen Studien, erwähne ich vorerst, dass mir jene Formen des Lupus vorlagen, welche als Lupus

[1]) Cohnheim. Ueber Entzündung und Eiterung. Virchow's Archiv 40. Band.

[2]) Lang. Zur Histologie des Lupus. Med. Jahrb. 1875.

maculosus, tuberosus und tumidus bezeichnet werden, dass ich nur Randpartien der Untersuchung unterzog, demnach jüngste Stadien vor mir hatte. Des Vortheiles der Dermatologen, aus den Krankheitsherden vom Lebenden einzelne Stücke ausschneiden zu können, bediente ich mich, um die Färbung mit Goldchlorid in Anwendung zu ziehen.

Meine Untersuchungen haben mir nun unzweifelhaft ergeben, dass die Bindegewebszellen der Cutis sich sehr wesentlich an dem lupösen Processe betheiligen. Bevor ich jedoch die Veränderungen, welche an diesen bemerkbar werden, näher bespreche, sei es mir gestattet, in Kürze auf den Bau der normalen Cutis einzugehen. Sehen wir von den drüsigen Einlagerungen ab, so stellt die Cutis ein dichtes Geflecht dar, welches von den Bindegewebsbündeln gebildet wird; die Bindegewebsbündel weben sich wie die Theile einer Strohmatte vielfach durcheinander; in den von ihnen gebildeten rhombischen Maschen liegen die sogenannten Bindegewebskörperchen, die Bindegewebszellen. Von diesen Bindegewebszellen hat nun Ravogli [1]) neuerdings gezeigt, dass sie auf dem Längsschnitte spindelförmig erscheinen, dass ihre Längsaxe parallel zur Längsaxe der Bindegewebsbündel gelagert ist und dass sie den Bindegewebsbündeln aufliegen. Auf dem Querschnitte stellen sie nach Ravogli jedoch verzweigte, mit Ausläufern versehene Zellen dar. Die stärkeren Zellausläufer beschreiben gleich nach ihrem Ursprunge aus dem Zellkörper einen leicht gekrümmten Bogen, umfassen die Bindegewebsbündel und schicken in das Innere derselben secundäre Fortsätze hinein, welche sich daselbst wieder ramificiren. So erscheinen die Bindegewebsbündel durchsetzt von einem Netze protoplasmatischer Fäden, welche mit den Zellen im Zusammenhange stehen.

Diese Darstellung gilt jedoch vollinhaltlich nur von der Cutis junger Individuen; mit dem zunehmenden Alter bemerkt man, dass das Geflecht der Bindegewebsbündel durchsetzt ist von einem Netze elastischer Fäden, welches dieselbe Anordnung, dieselben Beziehungen zu den Bindegewebsbündeln aufweist wie das frühere Zellnetz, nur wird das Netz im Innern der Bindegewebsbündel spärlicher.

---

[1]) Ravogli. Untersuchungen über den Bau, die Entwickelung und Vereiterung der Cutis. Med. Jahrb. Wien 1879.

Nun hat Ravogli in der That gezeigt, dass sich die Zellen der Cutis mit dem zunehmenden Alter zu elastischem Gewebe umwandeln, wie dies schon früher von Spina[1]) für die Sehnenzellen erwiesen wurde.

Betrachten wir uns nun die Präparate, welche ich von Lupus erhalten habe, so sehen wir an Stellen, welche den frühesten Stadien entsprechen (Fig. 1 bei *a*), im Ganzen dieselbe Anordnung der Elemente, die Bindegewebszellen und deren Ausläufer jedoch protoplasmareich. Wir finden kein elastisches Netz, wohl aber ein Netz (durch Goldchlorid) violett gefärbter Fäden, welches mit den Zellen im Zusammenhange steht (Fig. 3 bei *f*). Dieses Netz umfasst Inseln ungefärbter Grundsubstanz, welche die Querschnitte der Fibrillenbündel darstellen. An anderen Stellen (Fig. 1 und 2 bei *c*) nehmen wir ein Netzwerk wahr, welches aus breiten Balken gebildet wird; die Inseln von Grundsubstanz erscheinen kleiner. An weiteren Präparaten (Fig. 2 bei *a*) treffen wir mitten in dem Netze grosse Protoplasmamassen, in denen zahlreiche Kerne auftauchen, und endlich stossen wir auf Bilder, in denen wohl ein Netzwerk (Fig. 6) vorhanden ist, ein Netzwerk jedoch, welches sich aus kleinen runden Zellen aufbaut.

Fragen wir uns, welche Bedeutung haben diese Bilder, so lautet die Antwort mit Leichtigkeit dahin: Wir haben bei Lupus dieselben anatomischen Vorgänge vor uns, wie sie von Stricker[2]) bei der Entzündung der Cornea erkannt wurden, wie sie von Spina[3]) bei der Entzündung der Sehnen und wie sie von Ravogli[4]) bei der Entzündung der Cutis von Kaninchen erwiesen wurden.

Um das Verständniss dieser Vorgänge in der Cutis zu erleichtern, werden wir uns am besten die Vorgänge in der entzündeten, viel einfacher gebauten Cornea vor Augen halten.

Die Cornea stellt bekanntlich ein Gewebe dar, welches aus

---

[1]) Spina. Untersuchungen über den Bau der Sehnen. Med. Jahrb. Wien 1873.

[2]) Stricker. Studien aus dem Instit. f. exp. Pathol. in Wien 1869.

[3]) Spina. Untersuchungen über die Veränderungen der Zellen in entzündeten Sehnen. Med. Jahrb. Wien 1877.

[4]) l. c.

einer in vivo homogen erscheinenden Grundsubstanz und einer Summe von Zellen zusammengesetzt ist. Diese Zellen sind vielfach mit Ausläufern versehen, welche untereinander in Verbindung treten, und so besteht durch die ganze Dicke der Cornea ein Netz, in dessen Maschen die Grundsubstanz liegt. Von diesem Netze hat nun Stricker gezeigt, dass es im Gefolge des Entzündungsreizes anschwillt, dass es auf Kosten der Grundsubstanz anschwillt, dass sich die Grenzen zwischen Zellnetz und Grundsubstanz verschieben. Mit der Anschwellung des Zellnetzes geht jedoch eine weitere Veränderung einher, es kommt zur Zertheilung desselben und die Theilprodukte sind Zellen, sind die im Entzündungsherde angetroffenen Eiterkörperchen. Hat der Process seinen Höhepunkt erreicht, sind alle Inseln von Grundsubstanz in der Anschwellung des Zellnetzes untergegangen, so erfolgt der Zerfall des Gewebes, der Abscess ist gebildet.

Uebertragen wir nun diese Erkenntniss auf die von Lupus gewonnenen Bilder, so sehen wir an jüngsten Stadien (Fig. 1 u. 3, bei *a*, *b*) die Zellen und deren Ausläufer bereits mächtig geschwellt. Das Netz elastischen Gewebes fehlt, es wurde seines Charakters, des starken Glanzes, der Widerstandsfähigkeit gegen Färbemittel beraubt und hat sich, wie dies schon von Spina[1]) bei der Entzündung der Sehnen erwiesen wurde, wieder zu jenem Zellnetze umgewandelt, aus welchem es hervorgegangen ist.

Fassen wir weiter vorgeschrittene Stadien (Fig. 1, 2 und 5, bei *c*) in das Auge, so sehen wir das Zellnetz zu einem mächtigen Balkenwerke geschwellt und die Inseln fibrillärer Grundsubstanz eingeschränkt.

Die Anschwellung des Zellnetzes erfolgt nicht gleichmässig; es kommt vielmehr zu knotenförmigen Auftreibungen der Ausläufer und so trifft man einmal mächtige Protoplasmamassen inmitten des Netzwerkes an (Fig. 2 bei *a*), das andere Mal sieht man an Stellen, wo im normalen Zustande kaum ein feinstes Netz von Fasern wahrnehmbar war, verzweigte Zellen auftauchen, Zellen, welche jedoch durch ihre Continuität mit dem übrigen Zellnetze ihre Herkunft deutlich verrathen.

Dies ist besonders schön an Querschnitten von Bindegewebs-

---

[1]) l. c.

bündeln ersichtlich; mitten im Bindegewebsbündel (Fig. 4) werden verzweigte Zellen bemerkbar.

Hat die Anschwellung des Zellnetzes einen gewissen Grad erreicht, so erfolgt die Zertheilung desselben; wir treffen anstatt des continuirlichen Netzes ein solches, welches sich aus kleinen runden Zellen zusammensetzt, ein Netz jedoch, welches ganz dieselbe äussere Anordnung aufweist, wie das früher geschwellte Zellnetz (Fig. 6).

Je nachdem nun grössere oder kleinere Inseln von Grundsubstanz erhalten bleiben, resultirt entweder ein Infiltrat, in welchem die ursprüngliche Anordnung des Zellnetzes noch kenntlich ist (Fig. 6 bei *d*), oder es ist durch vollständigen Schwund der Grundsubstanz zur Bildung von Knoten gekommen, in denen eine bestimmte Anordnung der Elemente nicht mehr wahrnehmbar ist (Fig. 6 bei *e*). Dann ist jenes Gewebe gebildet, welches als Granulationsgewebe im Sinne Virchow's bezeichnet wird und welches bisher als auch dem Lupus zukommend beschrieben wurde, und in welchem meist schon retrograde Metamorphosen, wie sie sich in dem Undeutlichwerden der Zellengrenzen, in mangelhafter Färbung u. s. w. kundgeben.

Wir sehen demnach, dass bei Lupus dieselben anatomischen Vorgänge statt haben, wie sie bei der Entzündung der Cornea und der Sehnen erfolgen, wenngleich es zur Vereiterung des Infiltrates, wie bei diesen, nicht kommt, sondern nach längerem oder kürzerem Bestande retrograde Metamorphosen desselben eintreten, denen entweder Resorption oder Zerfall auf dem Fusse folgt.

Mit der Anschwellung des Zellnetzes in der Cutis sind jedoch weitere Erscheinungen verknüpft, welche, wie ich glaube, geeignet sind, unsere Vorstellungen von der Entwicklung des Lupus zu erweitern. — Bei der Mehrzahl meiner Präparate fiel nämlich eine Summe von Strängen auf, welche sämmtlich gegen die Oberfläche der Cutis gerichtet, aus oblongen kernhaltigen Zellen zusammengesetzt waren und in ihrem Inneren ein deutliches Lumen aufwiesen.

Die Bedeutung dieser Stränge wurde durch Präparate klar, in denen eine augenscheinliche Continuität derselben mit Blutkörperchen enthaltenden Blutgefässen bestand. Diese Continuität lässt wohl keinen Zweifel aufkommen, dass diese Stränge die Be-

deutung von Blutgefässen haben; dass sie wenigstens ihrer Mehrzahl nach neugebildet waren, dies beweist ihre grosse Zahl. Dass bei Lupus eine beträchtliche Neubildung von Blutgefässen stattfinde, wird von mehreren Autoren erwähnt. Volkmann[1]) betont, dass die massenhafte Neubildung von Blutgefässen der lupös erkrankten Partie förmlich teleangiectatischen Charakter aufdrücken könne. Dass den Blutgefässen überhaupt eine wichtige Rolle zukomme, darin stimmen alle Autoren überein, nicht weil sie, wie die meisten, auf dem Boden der Emigrationstheorie stehend, den Ausgangspunkt der Infiltration des Gewebes eo ipso in den Blutgefässen suchen, wohl aber, weil bestimmte anatomische Beziehungen zwischen denselben und den Veränderungen im Gewebe bestehen.

Welcher Natur sind nun diese Beziehungen? Meine Präparate haben mich darüber das Folgende gelehrt:

Während man bei einzelnen derselben die Gefässstränge in einem noch wenig veränderten Gewebe antrifft (Fig. 5), bilden dieselben bei anderen das Centrum eines schon wesentlich erkrankten Gebietes (Fig. 6). Die Veränderungen mögen noch geringe sein, oder sie mögen schon einen hohen Grad erreicht haben, mit grosser Constanz trifft man diese Stränge an; sie sind in jeder Entwickelungsphase des Lupus da. — Gleichzeitig gibt sich auf dem Längsschnitte eine zelt- oder coulissenförmige Anordnung des geschwellten Zellnetzes kund, welches gewissermassen in dem Gefässstrange seinen Stützpunkt findet.

Wenn nun diese Gefässstränge in noch wenig verändertem Gewebe anzutreffen sind, wenn sie späterhin das Centrum eines schon wesentlich erkrankten Gebietes bilden, und wenn constante anatomische Beziehungen zwischen ihnen und den Veränderungen des Gewebes bestehen, so fragt es sich, ob diese evidenten anatomischen Beziehungen nicht der Ausdruck eines causalen Nexus sind, ob mit einem Worte bei Lupus nicht die Gefässneubildung das Primäre sei, und ob nicht die Veränderung des Gewebes, die Anschwellung des Zellnetzes durch einen Impuls erfolge, der von diesen Gefässen ausgehe. Meine Präparate haben mir diese Annahme sehr nahe gelegt.

---

[1]) Volkmann: Ueber Lupus und seine Behandlung. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 13.

Fasse ich nun das Gesagte zusammen, so möchte ich das Folgende betonen: Bei Lupus findet eine beträchtliche Neubildung von Blutgefässen statt; von diesen neugebildeten Gefässen, wie sicherlich auch von den präformirten, scheint ein Impuls auszugehen, demzufolge die Anschwellung des Bindegewebszellennetzes mit nachträglicher Zertheilung eintritt.

Die Anschwellung des Zellnetzes erfolgt innerhalb ziemlich scharfer Begrenzung um ein Gefäss, so dass, wenn der Process seinen Höhepunkt erreicht hat, mehr oder weniger scharf begrenzte Knoten resultiren, in denen eine bestimmte Anordnung der Elemente nicht mehr kenntlich ist. Durch Aneinanderlagerung mehrerer solcher Knoten entstehen dann die charakteristischen, makroskopischen Lupusknötchen.

Dass dem Vorhandensein des Granulationsgewebes die Anschwellung des Zellnetzes vorangehe, dies glaube ich ist durch meine Präparate offenbar; ob alle bei Lupus angetroffenen zelligen Gebilde Abkömmlinge von den fixen Gewebszellen sind, will ich nicht entscheiden. Immerhin könnten sich Auswanderer aus den Blutgefässen den Theilprodukten des Zellnetzes beigemengt haben.

Diese Frage ist jedoch eine nebensächliche. Der wesentliche Vorgang muss in dem Verhalten der Bindegewebszellen und in deren Beziehungen zur Grundsubstanz erkannt werden, denn durch ihn allein lässt sich der Zerfall des Gewebes erklären.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel I.

Fig. 1. Geschwelltes Zellnetz, *a* und *b* jüngste Stadien; *c* vorgeschrittenes Stadium, das Zellnetz zu einem mächtigen Balkenwerke verdickt, die Grundsubstanz eingeschränkt. (Hartnack Oc. 2. Obj. 8.)

Fig. 2. Balkenwerk; bei *a* grosse Protoplasmamassen mit zahlreichen Kernen; bei *c* mächtig geschwelltes Netz. (Seiberth Oc. 2. Immers. VIII.)

Fig. 3. Geschwelltes Zellnetz; bei *a* und *b* Zellen und Ausläufer protoplasmareicher, übergehend in ein feines Netzwerk f. (Hartnack Oc. 2. Obj. Immers. 10.)

Fig. 4. Querschnitt eines Bindegewebsbündels; in demselben neugebildete Zellen. (Hartnack Oc. 2. Obj. Immers. 15.)

Fig. 5. Gefässstrang; in dessen Umgebung das Zellnetz im geringeren oder höheren Grade (bei *c*) geschwellt. (Hartnack Oc. 2. Obj. 8.)

Fig 6. Gefässstrang; in dessen Peripheric eine Zertheilung des Zellnetzes stattgefunden hat; bei *d* die ursprüngliche Anordnung desselben noch kenntlich, während dieselbe bei *e* undeutlich wird.

Fig. 1.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 5.

Fig. 2.

Fig. 6.

z. Jarisch: Lupus.

Gez. v. Verf. u. v. Dr. J. Heitzmann, lith. v. Dr. J. Heitzmann.

Ueber die Impetigo contagiosa (Fox) nebst Bemerkungen über pustulöse und bullöse Hautaffectionen.

Von

Dr. P. G. Unna
in Hamburg.

Die von T. Fox im Jahre 1869 unter dem Namen „Impetigo contagiosa“ zuerst beschriebene Hautaffection ist durch mehrfache Referate der einschlägigen Arbeiten den Lesern dieser Zeitschrift dem ganzen Krankheitscharakter nach genugsam bekannt. Dennoch, glaube ich, ist es nicht ohne Interesse und Werth, auf dieselbe etwas ausführlicher zurückzukommen, da abgesehen vom klinischen Bilde alle Hauptpunkte von einer definitiven Erledigung noch weit entfernt sind; hierunter verstehe ich die Fragen, welche über die Aetiologie der Affection und ihre Stellung im Systeme bereits nach verschiedenen Richtungen ventilirt, in Bezug auf die Anatomie derselben noch grösstentheils aufgeworfen werden können. Kurz gesagt, sind es die folgenden Fragen, welche bei der „Impetigo contagiosa“ sowohl noch einer Einigung unter den Autoren als einer Anerkennung aller Fachgenossen harren:

1. Ist die Impetigo contagiosa (Fox) eine Krankheit sui generis, insbesondere ist sie von den ihr ähnlichen Krankheiten: Eczema impetiginosum, Herpes tonsurans, Pemphigus vulgaris in sicherer und ausreichender Weise zu unterscheiden?
2. Ist die Impetigo contagiosa wirklich contagiös?
3. Ist sie durch Pilze verursacht?
4. Ist die Impetigo contagiosa wirklich eine Impetigo? — oder eingehender ausgedrückt: sind wir mit dem Wunsche einer möglichst unzweideutigen und bei neuen Krankheiten den nackten Thatbestand nach Kräften ausdrückenden Namengebung überhaupt

berechtigt, den Namen Impetigo einer besonderen Krankheit zu verleihen, selbst wenn diese sich durch eitrige Bläschen und Blasen charakterisirt?

Von diesen Fragen glaube ich die beiden ersten in bejahendem Sinne mit Fug und Recht beantworten zu dürfen. In Bezug auf die dritte Frage habe ich nichts Neues vorzubringen. Die vierte werde ich dagegen einer eingehenden Erörterung unterziehen.

Seit meiner Niederlassung als Arzt in Hamburg habe ich bereits mehrfach Gelegenheit gehabt, bei jüngeren Individuen aus den unteren Ständen blasige und pustulöse Ausschläge zu beobachten, welche sich wegen mancher Eigenthümlichkeiten im Ansehen und Auftreten nur mit einiger Gewalt dem weiten Rahmen der eczematösen Processe einfügen liessen. Aber es fehlte gewöhnlich wegen des vereinzelten Auftretens der Beweis der Contagiosität und somit die Möglichkeit, an eine Identität mit dem bekannten Bilde der Impetigo contagiosa zu glauben. Erst das gruppenweise Auftreten eines solchen Ausschlags in der Familie G. mit 8 Kindern machte mir die Annahme einer stattgefundenen Ansteckung fast unabweisbar. Das Postulat des niederen Standes war hier weniger durch die bürgerliche Stellung der Familie als durch eine gewisse Sorglosigkeit in der Handhabung von Kamm, Bürste und Seife ebenfalls erfüllt. Hier litt ein dreijähriges Kind ganz allein fast ein halbes Jahr lang an der öfter verschwindenden, aber unter der etwas nachlässigen Wartung immer wiederkehrenden Impetigo des Kopfes, bis plötzlich zwei von den älteren Geschwistern an Kopf und Händen zu gleicher Zeit von demselben Ausschlage befallen wurden, der dann unter energischer Behandlung bei allen 3 Kindern rasch und definitiv abheilte. Nachträglich muss ich diese Fälle nach ihrem ganzen Habitus unbedingt zu den von mir beobachteten Fällen von Impetigo contagiosa rechnen, aber die Ueberzeugung hiervon gewann ich erst durch eine kleine Epidemie, welche ich gegen Ende des Jahres 1879 zu beobachten Gelegenheit hatte, und welche ich deshalb in den Hauptzügen kurz mittheilen will.

Den Ausgangspunkt dieser Epidemie bildete die aus 7 Köpfen bestehende, in sehr ärmlichen Verhältnissen lebende Familie T. Die Affection begann Ende September bei Hugo T., $2^1/_2$ Jahre alt, auf dem Hinterkopfe und den Streckseiten mehrerer Finger-

endphalangen, ergriff dann Theodor T., 5 Jahre alt, und zwar am Gesichte und behaarten Kopfe. Derselbe spielte Tags über mit dem jüngeren Bruder, schlief jedoch nicht mit demselben, dagegen mit der älteren Schwester, Hermine T. zusammen, welche zunächst das Exanthem auf mehreren letzten Fingerphalangen, später auch und zwar complicirt durch ein schon vorher vorhandenes Eczema e pediculis auf dem behaarten Kopfe bekam. Zugleich befiel jetzt der Ausschlag Frau T. selbst im Gesichte und am Kopfe. Dann folgten Karl T. (7 Jahre) und Richard T. (9 Jahre). Karl hatte Blasen am Kopfe und der Streckseite der Hände, Richard am Kopfe, den Händen und den (bloss getragenen) Knieen. Diese letzteren Kinder schliefen für sich zusammen. Der Vater T. ist vom Ausschlage verschont geblieben. Der 7 Jahre alte Karl T. bildete nun den Ausgangspunkt für die weitere Verbreitung des Uebels in der Volksschule, welche er besuchte und welche den für die Contagiosität streng beweisenden Theil dieser Epidemie bildet. Zuerst acquirirte Heinrich G., 13 Jahre alt, dasselbe Exanthem, ein Specialfreund von Karl T., mit welchem derselbe öfter arbeitete und spielte — und zwar an den Händen und der Nase. Die bisher genannten Individuen untersuchte ich am 31. October zuerst. Am 7. November wurde mir der 11jährige Ernst H. vom Vorstande der Volksschule zugeschickt, welcher neben Karl T. auf der Schulbank sass und genau dieselbe Affection besonders am linken Handrücken, linken Nasenflügel und der Haut der Unterlippe darbot. Bei ihm fanden sich zu gleicher Zeit auf der Schleimhaut der Unterlippe drei kleine, wenig juckende Bläschen. Nach Entfernung der vier letztgenannten Knaben aus der betreffenden Volksschule sollen noch mehrere Fälle daselbst vorgekommen sein, aber nur einen derselben konnte ich näher untersuchen und dieser Knabe Adolf V., 8 Jahre alt, aus einer Classe mit Karl T. trug in der That dasselbe Exanthem auf dem untersten Theile des Vorderarmes an der Streckseite nahe dem Handgelenk. Es sei mir erlaubt, nach Schilderung des gewöhnlichen Befundes auf diesen Fall noch ein wenig näher einzugehen, da er eine nicht uninteressante Verschiedenheit im äusseren Ansehen aufwies, welche ich bis dahin nicht beobachtet hatte.

Während die Affection bei Frau T., der ältesten Tochter und den kleinsten Kindern, sei es spontan, sei es in Folge der ange-

wandten Mittel leicht und rasch abheilte, boten mir die fünf schulbesuchenden Knaben durch wiederholte Recidive hinlängliche Gelegenheit, die Eigenart dieser Impetigo kennen zu lernen. Die Gleichartigkeit der Efflorescenzen bei allen Patienten lässt glücklicherweise eine Zusammenfassung in ein Krankheitsbild zu; zweckmässigerweise nehme ich nur diejenigen des behaarten Kopfes aus. Vor Allem fällt die bestimmte Localisation des Ausschlags auf, der sich durchaus an die Gegenden zarterer Oberhaut und dünnerer Hornschicht bindet, vorzugsweise mithin das Gesicht und den Rücken der Hand, zugleich aber nur solche Stellen befällt, welche wenigstens zeitweise offen getragen werden. In zweiter Linie stehen hiernach: der behaarte Kopf und die nächste Umgebung des Fuss-, Hand- und Kniegelenks. Am bedeckt getragenen Theile des Halses, am Rumpfe und den mittleren Abschnitten der Extremitäten dagegen fand ich niemals Efflorescenzen. Sie erschienen meist einzeln und in grösseren Abständen, aber durch häufige Nachschübe entstanden Gruppen, die besonders am Handrücken bei allen Betheiligten ein äusserst charakteristisches Gepräge trugen. Der ganze Raum zwischen den Knöcheln der ersten Phalangen und dem Handgelenke wurde in ziemlich gleichen Abständen von 6—9—12 circa bohnengrossen, längsovalen, mit dem langen Durchmesser meist quer zur Längsrichtung des Armes gestellten Blasen eingenommen, die in sehr verschiedenen Stadien der Entwickelung sich befanden. Der Handrücken sah daher ungefähr aus, wie wenn er mit grossen animalen Lymphpusteln absichtlich auf das regelmässigste bedeckt wäre. Im Gesichte waren die Blasen meist rund, von 20- bis 50-Pfennigstückgrösse, öfter confluirend, so dass grössere afficirte Flächen entstanden, welche von Kreissegmenten umrahmt waren. Die Bläschen auf der Mundschleimhaut waren kleiner als die auf der äusseren Haut.

Das erste Stadium, das ich nur selten zu sehen Gelegenheit hatte, bestand in einem grauen oder röthlichgrauen, leicht abschilfernden, nicht erhabenen Flecke, auf den der Kranke durch mässiges Jucken aufmerksam wurde. Sehr rasch, im Verlaufe einiger Stunden, entstand nun eine ungemein zarte, flache Blase von Kirschkern- bis Bohnengrösse, die nach kurzem Bestande gewöhnlich platzte oder zerstört wurde und sich andernfalls mit sehr wenig Serum gefüllt erwies. Der von abschilfernder Hornschicht

gefranst umrahmte Boden derselben war nur selten noch mit einem schmierigen, weisslichen Belage bedeckt, meist rein und bläulichroth glänzend; demnach nicht nur noch mit der unversehrten Stachelschicht, sondern noch mit den untersten verhornten Epithellagen bekleidet. Dennoch sickerten stets eine Zeit lang mässige Mengen von Serum nach, welche über der glatten Exfoliation der Hornschicht zu bräunlichgelben, dicken Borken eintrockneten. Die so entstandenen Stellen, welche sich, in Ruhe gelassen, nur wenig mehr peripherisch vergrösserten, glichen einem umschriebenen, acuten Eczem, oberflächlichen Brandwunden, besonders aber geplatzten Pemphigusblasen allerdings weit mehr als vereiterten Impetigoeruptionen, wenn man diesen Namen nun einmal für den ebensoviel und ebensowenig besagenden Ausdruck: Pusteln gebrauchen will. An Pemphigus insbesondere erinnerte auch das schubweise Aufschiessen neuer Blasen zwischen den alten. Dagegen war ja die Localisation im Gegensatze zu Pemphigus eine ganz eigenthümliche und die Contagiosität zweifellos sichergestellt. Das weitere Schicksal der regelmässig rasch vergänglichen Blasen war auch etwas von Pemphigusblasen verschieden. Während nämlich die Kruste allmälig durch nachrückende Hornschicht von unten her abgehoben und losgelöst wurde, erhob sich der Papillarkörper unterhalb der Blase, sie ein wenig an Umfang überragend, zu einer sehr flachen, mässig congestionirten Papel. War nun an Stelle der Kruste im Laufe von 3—8 Tagen wieder neue, glatte Hornschicht getreten, so dauerte die entzündliche Schwellung des Papillarkörpers und der Stachelschicht noch einige Zeit fort, so dass die abheilenden Efflorescenzen quaddelartig flache, livid bläulichrothe Papeln darstellten. Endlich verschwanden auch diese und keine Spur einer Narbe, nur eine geringe Röthung bezeichnet den Ort der Affection.

Eine kleine Modification des typischen, eben beschriebenen Verlaufes der einzelnen Efflorescenzen boten diejenigen des behaarten Kopfes, aber nur durch das Verkleben der Haare mit der aussickernden Flüssigkeit zu einer grünlichen, von Haaren durchbohrten Borke, welche naturgemäss einen etwas längeren Bestand hatte als die Borken an unbehaarter Haut, aber auch schliesslich ohne Hinterlassung einer Narbe abfiel. Im Gegensatze zum Herpes

tonsurans waren innerhalb der erkrankten Stellen die Haare völlig gesund, nicht einmal die Wurzelscheiden gelockert.

Einer anderen Verschiedenheit im äusseren Ansehen der Efflorescenzen muss ich noch gedenken, die ich zuerst bei dem oben erwähnten Adolf V. zu sehen bekam. Die Blasen, mit welchen derselbe mir zugeführt wurde, hatten ihre Decke verloren und sollten nach Aussage der Angehörigen bei dem übrigens reinlich gehaltenen Kranken bereits seit mehreren (?) Wochen bestanden haben. Hier war der röthlich glänzende, schlüpfrige Grund fast vollständig von einer dicken, weissen, schmierigen Masse bedeckt, in welcher die nähere Untersuchung macerirte Hornlamellen nachwies, die also aus der mittleren, lockeren Hornschicht bestand. Ich legte dem Knaben selbst sogleich einen festen Deckverband an, der den Handrücken und das untere Drittel des Vorderarmes bedeckte und aus einer milden Salbe aus weissem Bolus und Olivenöl, Watte und appretirter Gazebinde bestand. Täglich erneuerte ich diesen Verband einmal und fand am achten Tage beim Abnehmen desselben eine neue eben entstehende Blase neben dem Carpometacarpalgelenk des dritten Fingers. Auf dem Grunde dieser Blase war wieder eine aber viel feinere weissliche Hornschicht gelagert. Inzwischen waren die alten Efflorescenzen abgeheilt. Ich erwähne dieses an und für sich nicht eben wichtigen Befundes deshalb eingehender, weil diese schmierige weisse Masse leicht für eine besondere (diphtheritische) Membran gehalten werden könnte und eine wohl sicher analoge Bildung bei der sogenannten Impetigo herpetiformis von Hebra gesehen, aber wie es scheint anders gedeutet worden ist.

Charakteristische Pilzformen habe ich weder an den Haaren, noch innerhalb der Blasendecke und der Hornschicht aus der nächsten Umgebung der Blase finden können. Ich war also nicht so glücklich wie Kaposi, lege aber diesem negativen Ergebnisse keinen grösseren Werth bei, als negativen Ergebnissen überhaupt.

Die Prognose des Uebels kann ich nicht für so günstig und daher die Behandlung für so einfach halten wie die meisten Autoren. Die einzelnen Efflorescenzen freilich heilen unter jeder zweckmässigen, das heisst schonenden, nicht reizenden Behandlung ohne Weiteres ab. Vor Recidiven bleibt man aber, wie mir

scheint, bei keiner Behandlung sicher verschont und ein Ausbleiben derselben hat man deshalb nicht der Behandlung und wohl nur einer Versetzung in günstigere hygienische Bedingungen zuzuschreiben. Ich wenigstens habe die gewöhnlichen antiparasitären Mittel (täglich Seifenbäder, Waschungen mit grüner Seife, Einreibungen mit Salben aus Goapulver, Theer etc., mit Theerglycerinseife verbunden mit tagelangem Liegen zwischen wollenen Decken) der Armenpraxis ausser der Desinfection und dem Wechsel der Kleider nur mit dem Erfolge angewandt, dass die Kranken 8 bis 14 Tage von neuen Efflorescenzen verschont blieben. Dann stellten sich dieselben von Neuem ein. Wo daher die ärmlichen und unsauberen Verhältnisse keine Verbesserung zulassen, ist eine definitive Heilung schwer zu erreichen.

Nach der gegebenen Beschreibung würde wohl Niemand anstehen, die Affection einen Pemphigus zu nennen, wenn wir die sichere Kenntniss eines contagiösen Pemphigus der Erwachsenen besässen, freilich auch dann noch eines Pemphigus mit bemerkenswerthen Eigenthümlichkeiten. Ein Jeder übrigens, der die weitschichtige Pemphigusliteratur kennt, wird mir in der Behauptung Recht geben, dass eine exacte Vergleichung der in der Literatur als Pemphigusepidemien beschriebenen Affectionen vorderhand nicht möglich ist. Es ist daher nicht vollständig von der Hand zu weisen, dass der meinigen ähnliche Epidemieen bereits von Anderen unter der Bezeichnung eines Pemphigus beobachtet und beschrieben sind. Trotzdem muss ich mit Hintansetzung des anatomischen Charakters der Affection dieselbe klinisch unbedingt als eine Impetigo contagiosa bezeichnen, da ihre Symptome sich mit denen der von Fox zuerst, später von Taylor, besonders präcise aber von Kaposi [1]) und Geber [2]) beschriebenen Krankheit vollständig decken. Die von Kaposi hervorgehobenen Charakteristica fanden sich bei meinen Fällen alle wieder: das Hervorgehen aus zerstreuten, sich hin und wieder durch Unterwühlen der Hornschicht vergrössernden Blasen, die besondere Dünnheit und Hinfälligkeit der Blasendecke, die rasche Borkenbildung und die vollständige Ueberhäutung beim Abfall der Borken, der Mangel

[1]) Wiener med. Presse 1871, 23—24.

[2]) Wiener med. Presse 1876, 23—24.

von Infiltration der Cutis, von Jucken und Kratzeffecten, das Vorkommen hauptsächlich bei jugendlichen Individuen der ärmeren Volksclassen, wie es schon Fox angegeben hatte.

Gegen diese Coincidenzen sind die nicht zu läugnenden Unterschiede belanglos. Vor allem kann es nicht in Betracht kommen, dass es mir nicht wie Kaposi (auch Geber und Piffard) möglich war, charakteristische Pilzelemente zu entdecken. Fieberbewegungen wie Fox habe ich bei meinen, übrigens nur poliklinisch behandelten Patienten ebenfalls nicht beobachtet. Weiter war in meinen Fällen fast noch prägnanter als das Vorkommen der Impetigo im Gesichte ihre Localisation auf dem Handrücken fast aller Betheiligten. Aber auch Fox hat seine Impetigo auf den Extremitäten beobachtet. Auf diese Localisation muss ich auch die von mir besonders hervorgehobene, nachträgliche papulöse, psoriasisähnliche Erhebung des Blasengrundes schieben, da dieselbe nur am Handrücken gut ausgeprägt war. Gegen Geber möchte ich schliesslich noch erwähnen, dass ich mich seiner Theorie, nach welcher die Impetigo contagiosa eine bullöse Modification des Herpes tonsurans darstellen soll, durchaus nicht anschliessen kann, da in meinen Fällen häufig der behaarte Kopf mitbefallen war, aber das für Herpes tonsurans pathognomonische Symptom, die Tonsur, vollständig fehlte. Dieser Umstand war es gerade, welcher mich in der oben genannten Familie G. zuerst auf die Eigenart der Affection aufmerksam machte, während ich anfangs wie Geber geneigt war, wegen des Beginnes mit schilfernden Flecken an einen modificirten Herpes tonsurans zu glauben. Seitdem bin ich zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Impetigo contagiosa hier in Hamburg eine gar nicht so seltene Affection ist, welche nur, wo sie in besseren Ständen sporadisch vorkommt, als ein circumscriptes acutes Eczem, als ein acuter Pemphigus diagnosticirt wird. Der mit Herpes tonsurans ähnliche Beginn, das periphere Weiterschreiten der rasch aufschiessenden oberflächlichen Blasen sprechen übrigens unverkennbar für eine Dermatomykose.

Je entschiedener ich mich nun dahin gedrängt sah, die mir vorliegenden Blaseneruptionen als eine Impetigo contagiosa aufzufassen, um so weniger konnte ich mir verhehlen, dass dieselbe nur recht uneigentlich den Namen Impetigo verdiene. Die Kritik

der mit diesem Namen früher bezeichneten Krankheitsbegriffe verdanken wir bekanntlich Hebra. Man hat sich seitdem gewöhnt, keine selbstständige Affection mehr unter Impetigo zu verstehen. Höchstens findet man den Namen im Gebrauch für die durch eitrige Bläschen charakterisirte Form des Eczema capitis. Im Ganzen und Grossen ist aber der Grundsatz Hebra's durchgedrungen und Impetigo besagt nichts mehr als pustulöse Form, pustulöses Stadium einer beliebigen Hauterkrankung, schlechthin einen Pustelausschlag ohne genauere Definition.

So würde der Name allmälig der Vergessenheit anheimfallen, wenn nicht zwei neue Krankheitsformen mit demselben belegt worden wären, und zwar die eine von Hebra selbst: Impetigo herpetiformis, die andere von Fox: Impetigo contagiosa. Dass Hebra den Namen Impetigo selbst wieder einer Krankheit vindicirte, widerspricht seinem früheren kritischen Vorgehen durchaus nicht, wenn diese nur das Desiderat wirklich erfüllte, ein von vornherein mit eitrigen Bläschen in die Erscheinung tretendes und auch weiterhin durch keine anderen primären Krankheitsprodukte an der allgemeinen Decke charakterisirtes Exanthem darzustellen. Dieser Forderung entspräche mithin seine Impetigo herpetiformis, wenn die Efflorescenzen wirklich ohne nachweisbares Bläschenstadium direct als Pusteln aufschössen, wie solche bekanntlich symptomatisch bei anderweitigen ausgedehnten Eiterungen, besonders bei infectiösen Processen vorkommen und wenn andererseits diese hier idiopathisch aufschiessenden Pusteln ein selbstständiges Krankheitsbild darstellten. Die Sectionen der an dieser Krankheit Verstorbenen haben die Integrität der inneren Organe bewiesen und somit ist die Krankheit als eine eigenthümliche Hautaffection gesichert, dagegen lauten die Angaben über den ersten Punkt verschieden. Während Hebra mit Bestimmtheit das Vorkommen von Bläschen in Abrede stellt, erwähnt Auspitz Bläschen neben Pusteln und Geber spricht von „gelblichweissen, graulichen oder auch mit gelblicher, undurchsichtiger Flüssigkeit gefüllten Bläschen", unterscheidet also doch auch mehr weissliche, durchscheinende und mehr gelbliche, undurchsichtige Efflorescenzen. Hiernach scheint es mir trotz des Mangels eigener Beobachtungen ebensowohl sicher, dass alle Efflorescenzen zu rascher Eiterfüllung tendirten, als auch, dass die Eiteransammlung in dem fertigen

Bläschen denn doch noch zu beobachten war, mithin von dieser Seite kein zwingender Grund vorlag, die hier vorkommenden Eiterpusteln nicht wie sonst einfach als Akme des entzündlichen epidermoidalen Processes aufzufassen. Es scheint auch, dass Hebra mehr durch den berechtigten Gegensatz gegen v. Bärensprung, Auspitz und Neumann, welche die Affection mit der Herpesgruppe in Verbindung brachten, dazu gelangte, auf die rasche Eiterung einen solchen Werth zu legen, dass er den Namen Impetigo, den er so vielerwärts als nicht stichhaltig erwiesen, hier selbst wieder einführte. Damit die Affection aber kein Herpes sei, brauchte sie noch keine Impetigo zu sein. Der Zusatz herpetiformis ist mir nach Hebra's eigenen Worten freilich noch weniger verständlich: „Das hier zu beschreibende Uebel bildet keine Bläschen und Bläschenkreise, verlauft nicht acut und typisch, und macht keine an bestimmte Orte beschränkte Proruptionen, wie dies die Herpesarten zu thun pflegen, sondern es erscheint in Pusteln, die nur in Bezug auf Anreihung in Gruppen und periphere Nachschübe an die Zeichnungen von Herpes Iris und circinatus erinnern und deshalb besser mit dem Namen einer Impetigo herpetiformis zu belegen sein würden". Also vom eigentlichen Herpes Zoster ist die Affection weit verschieden und nun soll sie, weil sie an Herpes Iris und circinatus erinnert, mit dem Beinamen herpetiformis belegt werden? Nach meiner Ansicht folgt nur, dass sie deshalb verdiente, die Beinamen Iris und circinata zu tragen, also Impetigo Iris oder circinata, wenn es denn durchaus eine idiopathische, selbstständige Impetigo geben soll.

Im Interesse wissenschaftlicher Genauigkeit wäre es aber sehr zu wünschen, den Namen Impetigo vollständig fallen zu lassen. Denn, wenn er auch jetzt nicht gerade mehr Veranlassung zu klinischen Trugschlüssen geben kann, vermag er dieses noch jetzt in anatomischer Beziehung, und zwar dadurch, dass er die Täuschung begünstigt, wir hätten schliesslich in dem nur noch von Hornschicht bedeckten Eitertröpfchen etwas anatomisch gleichartiges vor uns — eben eine Pustel. Wäre dem wirklich so, so hätte ich gegen eine einigende Bezeichnung wie Impetigo nichts einzuwenden. In Wirklichkeit fallen aber unter diese Kategorie einmal oberflächliche furunkulöse Processe der Cutis, Abscesse des

bindegewebigen Papillarkörpers (z. B. durch Infection oberflächlicher Wunden mit Leichengift), Eiteransammlungen im Niveau der Stachelschicht mit theilweiser Zerstörung derselben (z. B. Pusteln bei Variola, Diphtheritis), dann Eiteransammlungen zwischen den basalen und oberflächlichen Hornschichten (z. B. bei Pemphigus), endlich Combinationen aller dieser Formen, indem der Process auf- oder absteigend, höhere oder tiefere Schichten durchsetzt (Variola); zwei besondere Arten von Pusteln knüpfen sich ausserdem noch an das Dasein von Haar- und Talgdrüsenbälgen, oberflächliche Eiterungen im Trichter des Balges und vollständige Vereiterungen des ganzen Balges (Acne, Sycosis). Wahrscheinlich wird eine genauere anatomische Untersuchung noch mehrere Arten von anatomisch verschiedenen Pusteln kennen lehren und es wird sich herausstellen, dass ausser diesen, durch den Ort der Eiteransammlung bedingten Modificationen noch wichtige Unterschiede durch das Hinzutreten von pathologischen Veränderungen im Bindegewebe, Degenerationen der Epithelzellen und Verhornungsanomalien gegeben sind. Das scheint mir Grund genug zu sein, vor der Hand einen gemeinsamen allzubequemen Namen für die pustulösen Processe fallen zu lassen und in Zukunft stets durch eine eingehende Prüfung den Ort der Eiteransammlung näher zu bestimmen. Bei den oberflächlichen, blos im Epithel sich abspielenden Eiterungsprocessen haben wir makroskopisch in der Farbe und dem etwaigen Glanze der der Pusteldecke beraubten Fläche sichere Anhaltspunkte. Der Glaube ist heutzutage unter den Aerzten noch weit verbreitet, dass der rothe, nässende Grund eines flachen Substanzverlustes stets das Corium selber sei, worauf ja auch der oft gebrauchte Ausdruck: Excoriation hindeutet. Dieses ist aber in den meisten Fällen unrichtig. Ein Jeder kann sich durch successives Ablösen feiner Lamellen der Hornschicht, z. B. von der inneren Handfläche mittelst einer Staarnadel überzeugen, dass mit jeder tieferen Lamelle, solange man sich noch in der Hornschicht befindet, die Farbe um eine Nuance röther wird. Während man noch vollständig schmerzlos operirt, hat man bereits eine mattröthliche, glänzende Fläche vor sich, die basale Hornschicht. Diese ist bei chronischen Stauungen und Entzündungen im Papillarkörper (chronisches Eczem, Psoriasis) regelmässig verdickt, von geschwellten Hornzellen gebildet.

An vielen Hautstellen kann man sie mit der feinsten Nadel nicht abheben, ohne die Stachelschicht und einzelne Papillenspitzen zu verletzen und dadurch Schmerz und Blutung zu erzeugen. Wie die nun folgende Stachelschicht sich im normalen Zustande dem blossen Auge repräsentiren würde, ist eben dieser Blutung wegen experimentell wohl kaum zu eruiren. Trotzdem kann man a priori mit Sicherheit behaupten, dass sie als eine durchsichtige, schlüpfrige, nicht spiegelnde Membran den Blutgehalt des Papillarkörpers in unveränderter Schärfe durchscheinen lassen würde. Hierfür spricht auch, dass bei blasiger Abhebung der ganzen Epidermis durch blasenziehende Mittel einzelne grössere Epithelballen auf der blossliegenden Cutis ihrer Durchsichtigkeit wegen nicht zu erkennen sind. Ganz anders dagegen stellt sich die blossliegende Stachelschicht dar, wenn bereits vor einiger Zeit durch Verbrennung, blasenziehende Mittel, Verwundung die Hornschicht in toto verloren gegangen ist. Dann gleicht sie einer weissen, geronnenen Masse und lässt in kurzen Zwischenräumen die längeren Papillenspitzen als rosa Knöpfchen durchscheinen. Hier ist aber kein normaler Zustand der Stachelschicht mehr vorhanden; es sind jene Zustände eingetreten, wie ich sie unter der Bezeichnung: Einfache Quellung, fibrinoide und nucleäre Degeneration beschrieben habe[1]).

Nach dem Gesagten hat man in praxi bei den Epithelerosionen zwei weisse und zwei rothe Modificationen auseinanderzuhalten. Erstens ist die im macerirten Zustande weissliche, lockere Hornschicht zu unterscheiden von der weisslichen, in geronnenem Zustande befindlichen Stachelschicht. Dieses wird eigentlich nie irgend eine Schwierigkeit bereiten. Zweitens ist die rothe, spiegelnde basale Hornschicht von der ganz blossliegenden oder mit wenigen Epithelballen belegten Cutis streng zu trennen, da die bezüglichen Efflorescenzen in ganz verschiedenem Niveau ihren Sitz aufgeschlagen haben. In Bezug hierauf mache ich vor Allem auf die gleichmässige Glätte der basalen Hornschicht aufmerksam.

Ich schlage, da eine gleichmässige Nomenclatur die erste Bedingung einer allgemein verständlichen Beschreibung ist, vor, den

---

[1]) Zur Anatomie der Blasenbildung an der menschlichen Haut. Vierteljahresschrift f. Dermat. und Syph. 1878 p. 1.

missverständlichen Namen: Excoriation ein für alle Mal fallen zu lassen und dagegen strenge zwei Arten von Epithelverlusten künftig zu unterscheiden. Ich nenne jeden Epithelverlust, der die Stachelschicht blosslegt und erodirt: eine Erosion der Oberhaut, jeden Epithelverlust dagegen, welcher sich innerhalb der Hornschichten bewegt und gewöhnlich mit der basalen Hornschicht begrenzt: eine Exfoliation derselben.

Unter die Exfoliationen fallen daher oberflächliche Verbrennungen, die meisten Pemphigusblasen und die Impetigo contagiosa. Aus der Schilderung, die Hebra von der Impetigo herpetiformis gegeben hat, ist ersichtlich, dass es sich hier ebenfalls um einen oberflächlich in schon verhornten Schichten verlaufenden Process gehandelt hat. Nach Hebra kam unter den centralen, von einem Pustelkranz umgebenen Borken: „entweder eine schon mit Epider- „mis bedeckte, gewöhnlich braunrothe Fläche zum Vorschein, oder „es traten die Erscheinungen wie bei einem hochgradigen Eczema „rubrum madidans mit stark infiltrirter, wuchernder Basis zu Tage „oder es erschienen die rothen, nässenden Flächen noch obendrein „mit einem gelben, breiartigen, stinkenden Belege bedeckt, in „keinem Falle aber war ein Substanzverlust durch Ulceration be- „merkbar.“ In meinen Augen heisst das: Nach Abhebung der Borken waren entweder die abgehobenen Hornschichten durch neue ersetzt oder es lagen die untersten verhornten Lagen wie bei einem Eczema rubrum madidans zu Tage und zwar auf einer stark geschwellten Stachelschicht oder diese letzteren waren noch bedeckt mit lockeren, durch die Feuchtigkeit macerirten, abgestorbenen Hornzellenlagen, in keinem Falle aber war Substanzverlust durch Ulceration zu bemerken.

Die Hornschicht ist also das Feld aller im eigentlichen Sinne bullösen Eruptionen. Im Gegensatze dazu sind die gewöhnlich als Impetigines bezeichneten Efflorescenzen wie oben gezeigt, sämmtlich tiefer gelegene und zugleich, wie das in der Natur der Sache liegt, complicirtere pathologische Produkte. Die seltenen Fälle von Impetigo herpetiformis und contagiosa können diesen Charakter nicht umstossen und es ist viel eher zu fragen, ob sie denn eigentlich zu den pustulösen Eruptionen blos ihres eitrigen Inhalts wegen zu rechnen seien. Ich glaube nicht, und Hebra hat sowohl in der Definition der bulla überhaupt, wie in

der des Pemphigus in Besonderem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass neben serösem auch eitriger Inhalt in den Blasen vorkommt. Während wir von der Umwandlung eines Bläschens in eine Pustel reden, wenn der klare Inhalt eitrig wird, haben wir für die bullae keine solche Unterscheidung — einfach wohl, weil für die Blasenausschläge nie ein Bedürfniss vorgelegen hat, die mit Eiter gefüllten von anderen strenge zu scheiden. Für die bläschenförmigen und pustulösen Affectionen war früher das Bedürfniss dagegen ganz allgemein und erst seit Hebra das Eiterbläschen, die Pustel als Endprodukt aller möglichen, verschiedenartigen Affectionen hinstellte, verschwand dieses Bestreben. Wir haben seitdem noch typische Bläschenkrankheiten aber keine typischen pustulösen Affectionen mehr — bis auf die Impetigo herpetiformis und Impetigo contagiosa. Ich habe nun an der Hebra'schen Beschreibung zu zeigen versucht, dass wir auch in der Impetigo herpetiformis keine eigentlich pustulöse Affection, sondern eine bullöse besitzen und kann nach meinen Beobachtungen und den besten Beschreibungen der Autoren für die sogenannte Impetigo contagiosa dasselbe behaupten. Freilich zeichnet sich die Impetigo herpetiformis durch eine rasche Eiterumwandlung des Blaseninhaltes aus und dies kommt in manchen Fällen von Impetigo contagiosa (nicht in den meinigen) auch vor, doch bedingt dies nicht eine eigens ad hoc zu schaffende Sonderstellung, die Schöpfung einer neuen Classe von Eruptionen, wie sie mit dem Begriffe Impetigo als einer idiopathischen Pustelerkrankung gegeben ist.

Ich glaube, dass in nicht zu langer Zeit die Ursache der Impetigo contagiosa, vielleicht in Form eines Pilzes, gefunden werden wird und argwöhne dasselbe von der Impetigo herpetiformis. Deshalb hüte ich mich, mit einer nur auf halbem Wege stehen bleibenden Terminologie einer zukünftigen, vielleicht ätiologisch treffenden Namengebung vorzugreifen und begnüge mich mit dem Nachweise, dass der Name Impetigo für beide, dem Pemphigus anatomisch weit näherstehende Affectionen — und deshalb überhaupt wohl besser zu streichen wäre.

Ueber die Nothwendigkeit eines neuen Impfgesetzes für Oesterreich.

Referat, dem nieder-österr. Landes-Sanitätsrathe erstattet vom Primararzte Dr. **L. Oser** in Wien.

Der Wiener Magistrat hat in einer Eingabe vom 18. April 1879 das Ersuchen an die hohe Statthalterei gerichtet, sie möge bei dem h. Ministerium dahin wirken, dass ein Impfzwangsgesetz in Oesterreich eingeführt werde. Die Grundlage der Eingabe des Magistrates bildete ein umfassendes Votum des Wiener Stadtphysikates, in welchem die Nothwendigkeit eines solchen Gesetzes für Oesterreich an der Hand statistischer Daten beleuchtet wird.

Die vorliegende Frage hat den nieder-österreich. Landes-Sanitätsrath in umfassender Weise im Jahre 1873 [1]) beschäftigt, und wenn er auch sein Hauptaugenmerk damals und seit der Zeit fortwährend der Reform der Impfpraxis und der Impftechnik zugewandt hat, so hat er doch auch damals die Reform der Impfgesetzgebung selbst in Betracht gezogen.

Unsere Impfgesetzgebung datirt aus verschiedenen Zeiten.

Die erste umfassende Norm für das Impfgeschäft wurde mit Hofkanzleidecret vom 28. Jänner 1808 erlassen. Mittelst Hofkanzleidecret vom 26. Februar 1811 wurden die ersten Zwangsmassregeln angeordnet. Es kam jedoch allmälig ausser Uebung.

Die gegenwärtig noch in Wirksamkeit bestehende Regulirung des Impfgeschäftes erfolgte durch das Hofkanzleidecret vom 9. Juli 1836. Die Verbreitung der Impfung wurde bekanntlich in demselben durch Aufstellung von Impfärzten, durch Belehrung von Seite der Seelsorger und der Lehrer, durch Vertheilung von Volksschriften und Briefen angestrebt. Gegen die Renitenten blieben

---

[1]) Referat des n.-ö. Landes-Sanitätsrathes über die Impffrage. Referent: Primararzt Dr. H. Auspitz in Wien. Wiener medicin. Wochenschrift 1873.

die indirecten Massregeln in Kraft. Ausserdem heisst es in der Regierungs-Verordnung vom 16. October 1817: „Den Eltern steht es zwar frei, ihre Kinder impfen zu lassen oder nicht, jedoch haben sie bei der allgemeinen Impfung mit ihren Kindern unausbleiblich zu erscheinen, widrigens dieselben wegen ihres Ungehorsams gegen die obrigkeitlichen Befehle bestraft werden, und es haben die Obrigkeiten gegen einen Jeden, der bei der Vorrufung nicht erscheint, und sein Ausbleiben nicht stichhältig zu rechtfertigen vermag, amtszuhandeln.“

Durch eine Ministerial-Verordnung vom 25. Juli 1857 wurde bestimmt, dass nur diejenigen, welche trotz wiederholter Aufforderung zur Impfung nicht erscheinen, als renitent anzusehen, protokollarisch zu vernehmen, in den Tabellen als Renitente anzuführen, und ihnen bei geeigneter Gelegenheit mit Hinblick auf die bestehenden Vorschriften ohne Bedenken alle Folgen fühlbar zu machen seien, welche sie sich durch ihre Renitenz gegen die Impfung nur selbst zugezogen haben.

Es ist wohl Jedermann klar, dass diese Impfvorschriften in die heutige Zeit nicht mehr passen. Man weiss factisch nicht, herrscht in Oesterreich Impfpflicht oder nicht. Wir haben keine obligatorische, aber auch keine facultative Impfung, weil ja doch Strafbestimmungen für Impfrenitente vorhanden sind.

Es wurden verschiedene Anläufe zur Reform der Impfgesetzgebung gemacht. Die Impfung war schon im Jahre 1865 speciell Gegenstand der Umfrage bei sämmtlichen Landesstellen und Landesausschüssen. Von den letzteren waren die Stimmen getheilt, die politischen Landesstellen mit Ausnahme von Salzburg, Schlesien, Dalmatien und Bukowina sprachen sich sämmtlich gegen den directen Zwang aus.

Das Staatsministerium ging deshalb mit Erlass vom 17. November 1865, Z. 509 auf Einführung des directen Impfzwanges umsoweniger ein, „als durch die bei der bereits eingeleiteten und allgemeinen Sanitätsgesetz-Revision stattfindende Revidirung der Impfvorschriften ohnehin darauf hingewirkt werden wird, dass die Impfung zweckentsprechender und zugänglicher gemacht werde.“

Im Jahre 1873 sprach sich der nieder-österr. Landes-Sanitätsrath dahin aus, dass eine gesetzlich zu bestimmende allgemeine Impfpflicht nothwendig sei und in demselben Jahre legte

Ober-Sanitätsrath Dr. Schneller einen Entwurf eines Impfgesetzes vor, welches die allgemeine Impfpflicht vor Ablauf des ersten Lebensjahres ausspricht und es der Landesgesetzgebung überlässt, ob bei beharrlicher Weigerung gegen die Renitenten Strafen zu verhängen seien.

Seit dieser Zeit ruhte diese Angelegenheit in officiellen ärztlichen Kreisen, und erst jetzt tritt an den verehrten Sanitätsrath die Aufgabe heran, sich damit zu beschäftigen, weil der Magistrat der Stadt Wien direct den Antrag auf Einführung eines Impfgesetzes analog dem deutschen gestellt hat, und der nieder-österr. Landessanitätsrath von der hohen Statthalterei aufgefordert wurde, seine Ansicht darüber auszusprechen.

Den unmittelbaren Anstoss für den Wiener Magistrat mögen wohl die Verhältnisse in Deutschland gegeben haben, welches seit dem Jahre 1874 ein Impfzwangsgesetz hat, und sich nach den Berichten des deutschen Reichsgesundheits-Amtes eines ausserordentlich günstigen Gesundheitsverhältnisses in Bezug auf die Verbreitung der Pocken erfreut.

Nach einer vom Reichs-Gesundheitsamte herausgegebenen statistischen Tabelle, sind im Jahre 1877 wenn wir die Verhältnisse in den Städten von 15000 und mehr Einwohnern in Betracht ziehen, bei einer Einwohnerzahl von 7,262.806 nur 42 Todesfälle an Pocken vorgekommen: In Berlin bei einer Einwohnerzahl von 1,006.974 sind nur 4 Todesfälle an Pocken im Jahre verzeichnet; in Hamburg mit 356.653 — 4 Todesfälle, — in Köln mit 137.464 Einwohnern kein Todesfall an Pocken, — in Bamberg mit 118.687 kein Todesfall, — in Breslau mit einer Einwohnerzahl von 257.000 2 Todesfälle — in München 215.000 kein Todesfall, — in Dresden mit 205.314 2 Todesfälle.

Es sind dies in der That frappirende Zahlen, wenn man damit unsere Verhältnisse vergleicht.

Wir hatten in Wien allein:

im Jahre	1872	3334	Pockentodte
„ „	1873	1810	„
„ „	1874	928	„
„ „	1875	791	„
„ „	1876	1200	„
„ „	1877	588	„

Behufs Beurtheilung der Sachlage wird es wohl nothwendig sein, zunächst im Allgemeinen den heutigen Stand der Impffrage, die lebhafter denn je discutirt wird, zu skizziren und die etwaigen Resultate der zahlreichen, seit dem Jahre 1873 auf diesem Gebiete erschienenen Arbeiten dem verehrten Sanitätsrathe vorzuführen, damit er erkenne, ob seine Anschauung vom Jahre 1873 zu modificiren oder beizubehalten sei, und ob die glänzenden Resultate, die in Deutschland in Bezug auf Pocken bestehen, in der That blos auf Rechnung des deutschen Impfgesetzes zurückzuführen seien.

Es liegt ein colossales statistisches Material aus den letzten Jahren vor, in dessen Detail einzugehen, wohl hier nicht am Platze ist. Die Pandemie vom Jahre 1870—1873, die ganz Europa überzog, hat ein riesiges Material geliefert, das zum grossen Theil erst nach der Zeit bekannt geworden ist, in der der nieder-österr. Landessanitätsrath die Impffrage behandelte.

Obersanitätsrath Dr. Schneller hat einen Theil dieses Materials in einer Tabelle verwerthet, in seiner Arbeit „der Werth der Impfung in Zahlen".

Diese Tabellen zeigen durchaus, wenngleich mit bedeutenden Differenzen, dass die Blatternmortalität bei Geimpften geringer, als bei Ungeimpften sei. Diese Liste könnte noch durch mannigfache Arbeiten aus den letzten Jahren ergänzt werden und einiger von ihnen sei hier in Kürze Erwähnung gethan.

Nach Briquet [1]) starben während einer Epidemie in Paris unter der Belagerung von 504 Erkrankten 101, — an Geimpften 10%, bei den Ungeimpften 66%.

Nach Harris Ross [2]) über eine Epidemie in Brighton starben von 664 Erkrankten 114, von den Geimpften bei 9%, von den Ungeimpften 31%; Rendu [3]) über eine Epidemie in Lyon: im Jahre 1875 erkrankten 174 an Pocken, bei den Geimpften war die Mortalität 10%, bei den Ungeimpften 34%.

---

[1]) Gaz. médicale 1871.

[2]) Lancet p. 428. 1870.

[3]) Lyon médicale 48. 49, 50. 1875.

Vacher[1]) berechnet die Zahl der in Frankreich im Jahre 1871 an Pocken Erkrankten auf 221.817, die der Verstorbenen auf 58.236.

In der Periode von 1860 bis 1869 wurden nur 59% Neugeborne geimpft, während im Jahre 1871 bei einer Geburtszahl von 826.120 — 801.079 Impfungen stattfanden.

In Dijon erkrankten 371 Personen, von den Vaccinirten starben 4·5%, von den Nichtgeimpften 48%.

In Rom[2]) erkrankten an dieser Epidemie 3149 Personen und starben 1219 an Pocken, und zwar im Alter von 0 bis 40 Tagen 74%, — von 40 Tagen bis 1 Jahr 55%, — von 1 bis 7 Jahren 48%, — von 7 bis 14 Jahren 17%, — von 14 bis 30 Jahren 24%, — von 30 bis 60 Jahren 34%, — über 60 Jahre 58%.

Seaton[3]) schrieb im Jahre 1876 über die englische Epidemie in den Jahren 1871—1873. Ende 1870 brach die eigentliche Epidemie in England aus; die Zahl der Todesfälle im letzten Vierteljahre 1871 betrug 1229. Im Jahre 1872 starben von den nichtgeimpften Pockenkranken 77%, — von den geimpften 15%.

Während die Pockensterblichkeit 1871 und 1872 auf je 1000 Einwohner 0·928% betrug, erreichte sie in der Stadt Sunderland 8·6%. Vor 20 Jahren, sagt Seaton, sei die Pockensterblichkeit doppelt so gross gewesen, als in Ländern mit Impfzwang. Damals kamen in England 25% aller Pocken-Todesfälle auf das 1. Lebensjahr.

Das englische Impfgesetz habe vor dem deutschen darum einen Vorzug, weil es die Vornahme der Impfung in den ersten drei Monaten gebietet, und es sei, während vor 1853 von 100 Pocken-Todesfällen 75% auf das Alter unter 5 Jahren kamen, dieses Verhältniss auf 55%, 1872 sogar auf 30% herabgegangen. Von 1837 bis 1854 seien an Pocken jährlich auf 100.000 Einwohner in England 405, — in Preussen 196 Menschen gestorben;

---

[1]) Vacher, L'épidémie de variole en 1870—1871. Gaz. méd. de Paris 18. October.

[2]) Toscani, L'epidemia di vajuola di Roma. 1874.

[3]) Seaton, Official Report on the small-pox-epidemie, 1871—73.

zwischen 1855 und 1870 sei in England die Pockensterblichkeit auf 175 gefallen.

Aehnliche günstige Verhältnisse für die Impfung bringen die kleinen Epidemien von Bas-Ixelles[1]), wo von den Geimpften 2·6%, von den Nichtgeimpften 20% starben, und ebenso die Epidemie von Islington[2]).

Leonardi berichtet über eine dieser Epidemien in S. Mauro di Romagno[3]) von 1874 bis 1878. Unter 154 Erkrankten befanden sich 21 Nichtgeimpfte und 133 Geimpfte; von den Geimpften starben 4, von den Nichtgeimpften 13.

Grimshaw[4]) bespricht die letzte Pockenepidemie, die in Dublin geherrscht hat. Nachdem Dublin von 1871—1873 frei von der Blatternepidemie gewesen, trat dieselbe 1876 wieder auf. Im Cookstreet Hospital betrug die Sterblichkeit der während der Pockenepidemie vom 1. April 1876 bis 31. März 1878 aufgenommenen 295 Pockenkranken 15·8%, von den Vaccinirten starben 6·8%, von den Nichtgeimpften 15%.

Wenn man die angeführten Zahlen und statistischen Ergebnisse, wie sie in der Schneller'schen Arbeit zusammengestellt sind, so ohne weitere Kritik überblickt, dann erscheint es wohl eine müssige Arbeit, noch für den Werth der Impfung eine Lanze einzulegen, und man müsste bei so klaren Verhältnissen jedem Staate die Einführung einer strengen Zwangsimpfung anrathen, weil dadurch der bösen Krankheit ihre Schrecken und ihre Spitzen genommen wären.

Die Verhältnisse sind aber leider nicht so klar, und wir sind trotz der zahlreichen, neuen umfassenden Arbeiten auf diesem Gebiete, an denen unsere besten Kliniker theilnehmen, doch einer definitiven Lösung dieser Frage nicht viel näher gerückt, als man es zu Jenner's Zeiten war.

Durch die Einführung des deutschen Impfgesetzes und seit derselben ist die Anti-Impf-Agitation nur noch intensiver geworden.

---

[1]) Thiriar, Variole et Vaccine. Journ. de méd. de Bruxelles. Janvier.

[2]) Wilkinson, The Lancet Oct. 14.

[3]) Leonardi Girolamo, Il Raccoglitore med. 10. April.

[4]) Grimshaw T. W. On the prevalence of smallpox in Dublin. Brit. med. Journ. 22. Juni.

In England, wo die strenge Zwangsimpfung seit dem Jahre 1857 besteht, in Deutschland, wo sie seit 1. April 1875 in Kraft ist, und in der Schweiz, wo eben jetzt im Bundesrathe die Verhandlungen über Einführung eines Epidemiegesetzes gepflogen werden, besteht eine kleine, aber rührige Gemeinde von Impfgegnern, die mit unglaublicher Kühnheit und Energie operirt und deren Arbeiten, mag man sie auch zu verurtheilen berechtigt sein, nicht ignorirt werden können.

Ich spreche hier selbstverständlich nicht von jenen Impfverhetzern, denen es ja gar nicht um die Sache, sondern blos um die Hetze, um den Sport zu thun ist, die auf die Leichtgläubigkeit der Unverständigen speculiren, den Schrecken auf ihre Fahne geschrieben haben und dem Volke glauben machen wollen, dass all sein körperliches und geistiges Elend einzig und allein durch die Vaccination verschuldet sei.

Ich spreche nicht von jener Petition an den deutschen Reichstag, worin es heisst: „dass der Kinder und Frauen liebliche Rosenfarbe sich häufig in die schmutziggelbe, grüngraue Farbe des Kuheuters verwandle“, auch nicht von jener Petition der deutschen Frauen, die im Februar v. J. unterzeichnet wurde, und in welcher sich die Frauen und Mütter beklagen, „dass in Folge der Impfung die Keimanlage der Brustdrüsen bereits im Kindesalter der Mädchen erstickt werde, wodurch dann die seit 50 Jahren in Deutschland allgemein herrschende Busenarmuth und der Milchmangel verursacht wird“ — und auch von den übrigen Arbeiten von Vegetarianern, Naturärzten und Laien, die fast continuirlich den deutschen Büchermarkt überschwemmen, soll hier nicht die Rede sein.

Die Arbeiten jener Männer aber, die vom Autoritätsglauben frei, für ihr selbstständig gewonnenes Urtheil im offenen Kampfe eintreten, diese Arbeiten müssen entweder bekämpft oder gutgeheissen, jedenfalls aber berücksichtigt werden.

Wenn man mit möglichster Objectivität, die einem allerdings nicht selten durch den ungeberdigen Ton, in dem die erhitzten Kämpfer sich bewegen, erschwert wird, die Arbeiten studirt, so lässt sich nicht verkennen, dass gewisse, von ihnen angegebene Thatsachen nicht zu läugnen sind:

I. Die Impfstatistik ist eine lückenhafte, in vielen Fällen geradezu schlecht und fehlerhaft, und zu Schlüssen nicht zu verwerthen.

Ganz warme Impffreunde können diese Thatsache nicht läugnen, und Bohn[1]), der wohl das beste Handbuch der Vaccination geschrieben, schildert diesen Unfug der Statistik in treffenden Worten: „„Um durch unwiderstehliche Ziffern ihren Nutzen zu erweisen, dünkte es vielen Impffreunden zweckmässig, grosse Zahlenhaufen zusammenzutragen und die Kunst der vier Species an den einzelnen Reihen zu üben. Woher die ganzen Summen genommen waren und was die einzelnen Zahlen, mit denen man operirt, in Wahrheit vertraten, wurde nicht ängstlich abgewogen, wenn nur davor oder dahinter die Worte: „geimpft“ oder „nicht geimpft“, — „Pockenerkrankung“ oder „Pockentod“ standen. So machte jedes klinische Ambulatorium, jedes Krankenhaus mit bescheidenen oder auch ansehnlichen Mitteln Statistik. Andere liessen aus den trüben Quellen der polizeilichen Anmeldungen und Todtenscheine, statistische Tabellen über die Pockenverhältnisse einer Stadt oder einer Epidemie erstehen, und aus der Zahl der Gestorbenen, welche unsicher war, aus der Summe der Erkrankten, welche nicht annähernd richtig sein konnte, aus den Ziffern der Geimpften, Ungeimpften und Revaccinirten, welche nur willkürlich geschätzt und vertheilt werden konnten, wurden die Percente dieser und noch ganz anderer Kathegorien auf die Genauigkeit von Decimalen berechnet““.

Die Impfstatistik wird diese Frage auch niemals mit absoluter Sicherheit lösen können, weil die beiden Factoren: „geimpft“ und „nicht geimpft“, die ja die Basis jeder Statistik abgeben müssen, nicht fix genug sind. Die vorhandenen Narben sagen nicht aus, ob die Vaccine noch ihre Schutzkraft hat, und das Fehlen derselben beweist nichts gegen den vorhandenen Schutz.

Wenn nun auch die Fehler der Impfstatistik nicht geläugnet werden können, so ist doch anderseits der Schluss der Impfgegner nicht zu vertheidigen, dass eine lückenhafte Impfstatistik gegen den Werth der Impfung spreche.

---

[1]) Bohn, Handbuch der Vaccination. p. 285.

Wenn man heute auf statistischem Wege den unanfechtbaren Satz beweisen wollte, dass Leute, die einmal geblattert haben, einen gewissen Schutz gegen die Wiedererkrankung an Blattern haben, so wäre dies unmöglich, selbst wenn Daten darüber gesammelt wären und wenn sich herausstellen würde, dass viel weniger Geblatterte erkranken, als Leute, die nicht geblattert haben, so werden die Gegner einwenden, man kenne nicht die Zahl der Leute, die geblattert haben, man habe vielleicht unter die Geblatterten an Varicella Erkrankte aufgenommen u. s. w. Da sich nun noch dazu in gewissen Epidemien Kranke genug finden, die schon einmal geblattert haben, so könnte man vielleicht gar auf statistischem Wege dazu kommen, annehmen zu müssen, dass eine Variola eine Disposition zur zweiten Erkrankung zurücklässt.

Wenn man nun diesen Satz auf statistischem Wege nicht beweisen kann, hat man darum ein Recht, zu sagen: er sei nicht wahr?

Die Gegner der Impfung, die sich auf ihre statistische Wissenschaft so viel zu Gute thun, verfallen aber zumeist in Fehler, die noch viel grösser sind, als die der Impfenthusiasten.

Man studire einmal mit Aufmerksamkeit das jüngst erschienene Buch über die Impffrage von dem Professor der Hygiene und sanitären Statistik in Bern, Dr. Vogt, ein Buch, das sicher mit ausserordentlichem Fleisse und Geschick gearbeitet ist, und in der Absicht geschrieben wurde, die derzeitigen Verhandlungen im schweizerischen Bundesrathe, betreffs des Impfzwanges, zu beeinflussen, und darum besondere Beachtung verdient, weil es entschieden die gründlichste sachgemässe Arbeit aus dem gegnerischen Lager ist, die wohl von nun ab vielfach als beweisend citirt werden wird.

Die Art, wie in diesem Buche die sogenannte statistische Wissenschaft getrieben wird, mögen die folgenden Excerpte illustriren.

Im Jahre 1828 war eine Blatternepidemie in Marseille, bei welcher unter den Ungeimpften 2289 von den Blattern ergriffen wurden, und von den Geimpften 1041; von den Ungeimpften starben 18·3 %, von den Geimpften 1·7 %.

Vogt lässt nun zunächst die Mortalitätsverhältnisse bei Seite, weil die Altersstufen nicht berücksichtigt sind, und wirft

sich auf die Morbilität. Die Anzahl der Einwohner berechnet er auf 134.425, und weil nach einem Berichterstatter Leute, älter als 30 Jahre, nur selten ergriffen wurden, nimmt er nur die vermuthliche Zahl jener Individuen, welche damals im Alter von einem Jahre bis 28 Jahren lebten, schätzt sie auf 66.139, und weil nach einer anderen Angabe nur die Hälfte der Gebornen geimpft worden sein soll, nimmt er die Zahl der Geimpften in Marseille nur auf 33.069 an, während die Ungeimpften 99.356 betragen haben sollen, indem er alle Leute über 28 Jahre einfach als ungeimpft auffasst, in der Ueberzeugung, dass Niemand, der vor dem Jahre 1800, dem Jahre der Einführung der Impfung in Marseille, geboren wurde, nachträglich geimpft wurde. Natürlich kommt Vogt zum Resultate, dass unter den Geimpften anderthalbmal so viel Pockenkranke waren, als unter den Ungeimpften.

Ein zweites Beispiel soll aus der Wiener Statistik hergeholt werden.

Ober-Sanitätsrath Dr. Schneller hat in seinem Motivenberichte zum Entwurf eines Impfgesetzes den Satz ausgesprochen, dass seit 20 Jahren das Impfwesen in Oesterreich in Verfall gekommen sei. Vogt klammert sich an diesen Satz, rechnet eine Pockentabelle vom Jahre 1828—1853, und findet einen Durchschnitt von 57·7 Pockentodte auf 100.000 Einwohner. Vom Jahre 1854—1870 macht er wieder einen Durchschnitt und findet da 40·6 Pockentodte auf 100.000 Einwohner, und schliesst also, dass seit der Abnahme der Impfung die Pocken ebenfalls abgenommen hätten.

Um zu zeigen, dass derartige statistische Gruppirungen nur künstlich sind, kann man an der Hand derselben Tafel den Nachweis liefern, dass Ober-Sanitätsrath Schneller Recht hat, wenn er sagt, dass, seitdem die Impfung in Verfall gerathen sei, also fortwährend abgenommen habe, auch die Pocken gefährlicher geworden sind. Macht man nämlich vom Jahre 1854 bis zum Jahre 1876 nach derselben Tafel fünfjährige Durchschnitte, so findet man von:

1854—1858 :	23·4	Pockentodte auf 100.000 Einwohner.
1862—1866 :	48·0	
1867—1871 :	55·0	
1872—1876 :	229·0	

Also mit der Zunahme des Impfverfalles wächst die Pockenmortalität, quod erat demonstrandum.

Eine andere Stelle, die Oesterreich betrifft, lautet wörtlich folgendermassen:

„Oesterreich mit Ausschluss von Dalmatien, hatte am 31. December 1869 eine Einwohnerzahl von 19,774.735. Von dieser Population gehörten 13,120.626 Einwohner Bezirken an, von welchen 1873 kein einziger Impfrenitent durch die staatlichen Organe verzeichnet werden konnte. Dagegen wurden 10.416 Renitente zusammen in den übrigen Bezirken gewählt, die eine Bevölkerung von 6,645.046 repräsentiren. Was haben nun die abscheulichen Renitenten in ihren Bezirken für einen schrecklichen Schaden angerichtet. Die Zahlen geben folgende Antwort: Die Bezirke mit Impfrenitenten hatten 1873: 16.790 und 1874: 7259 Pockentodte; diejenigen ohne Impfrenitenten hatten 48.059 und 28.917 Pockentodte, in Verhältnisszahlen berechnet auf je 100.000 Einwohner: in den Bezirken mit Impfrenitenten 252·7 und 109·2 Pockentodte, — in den Bezirken ohne Impfrenitenten 366·3 und 220·4 Pockentodte. Sollte nach diesen zahlenmässigen Resultaten der officiellen Statistik die österreichische Sanitätsbehörde nicht eine Prämie auf die Impfrenitenten setzen? Wofür bezahlt Oesterreich alljährlich zwei Millionen Francs aus seinem Impffonde, wo sind die Folgen dieses verschleuderten Geldes?“

Also weil in Bezirken mit 13 Millionen Einwohnern kein einziger Impfrenitent von den staatlichen Organen verzeichnet ist, nimmt Vogt an, dass dort alle Leute geimpft sind und baut darauf seine Schlüsse. Dabei weiss aber V. ganz gut, wie es um die Impfung in Oesterreich steht, denn er citirt an derselben Stelle den Ausspruch des Dr. Markus, der in der deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 1878, Bd. X, Seite 670 sagt: „In diesem Lande liegt bekanntlich das Impfwesen noch sehr im Argen, und es ist daher jeder Schritt anerkennenswerth, der zu Gunsten der Durchführung der Impfung geschieht.“

Würde Vogt der Sache mehr auf den Grund gehen, dann müsste er sich sagen: Dort, wo die Behörde Impfrenitente aufweist, dort interessire sie sich für die Impfung und dort gebe es auch weniger Blattern, während in den Ländern, wo die Behörden der Impfung weniger Aufmerksamkeit widmen, und darum auch keine Renitenz nachweisen, dort stehe es schlecht auch mit den Blattern. Ein solches Raisonnement, welches auch den Thatsachen entspricht, spräche nur für den Nutzen der Impfung.

An solchen Beispielen „wissenschaftlicher Statistik" ist das Buch überreich, und besonders lehrreich ist die Behandlung der Chemnitzer Epidemie, auf die Referent noch später zurückkommen wird.

Die Impfstatistik hat, wie nicht zu läugnen ist, ihre grossen Fehler, und die sind gemeinsam in allen Theilen der Medicinalstatistik, wo complicirte Fragen zu lösen sind und der complicirtesten eine ist die Impffrage.

Die Statistik ist die Wissenschaft der Wahrscheinlichkeit, und es kann sich nur immer darum handeln, ob mehr oder weniger wahrscheinlich. Je schwieriger aber die durch die Statistik zu lösenden Fragen, je mannigfacher die in Rechnung kommenden Factoren sind, desto vorsichtiger sind die Ergebnisse zu beurtheilen. In der Impfstatistik insbesondere muss nicht blos gezählt, sondern auch gewogen werden.

II. Eine weitere Thatsache, die nicht geläugnet werden kann, ist die, dass die Blattern wie jede epidemische Krankheit, von Zeit zu Zeit über grosse Länderstrecken, ganze Welttheile hereinbrechen und dass diese Schwankungen von Momenten abhängen, deren Natur uns heutzutage noch unbekannt ist.

Vogt's Verdienst besteht darin, dass er an der Hand statistischer Tabellen diesen Satz, so weit es durch die Statistik möglich ist, beweist.

Die vielgerühmte Statistik Schwedens, welche auch die Grundlage bildete für das deutsche Impfgesetz, gibt ein gutes Beispiel.

Die schwedischen Mortalitäts-Tabellen beginnen vom Jahre 1749, sind nach amtlichen Mittheilungen zusammengestellt und in dem englischen Blaubuche über die Vaccination (1857) veröffentlicht worden.

Von 1749—1773 wurden die Blattern- und Maserntodten nicht geschieden, so dass erst die Zeit von 1774 an in Betracht zu ziehen ist. Im Jahre 1801 wurde in Schweden die erste Impfung vollzogen, im Jahre 1810 war ein Viertel der gebornen Kinder vaccinirt und seit 1816 besteht daselbst die allgemeine Impfpflicht.

In der Zeit von 1774—1801 starben in Schweden auf die Million Einwohner mehr als 1000 Menschen an Blattern, in den 9 Jahren der zweiten Periode von 1801—1810 starben an Blattern auf 1 Million durchschnittlich 686 und in den ersten 40 Jahren der bestehenden Impfpflichtigkeit 158.

Im Jahre 1874 hatte Schweden bei einer Einwohnerzahl von 4,341.559: 4063 Todte, also auf 1 Million Einwohner nahezu wieder 1000 Todte, und in Stockholm kamen auf 1 Million Einwohner 7920 Todte. Und so wie in Schweden ging es in den Jahren 1870—1874 durch ganz Europa. Länder mit Impfzwang, wie England, Schweden, Bayern, Württemberg wurden ebenso wie die Staaten mit milden Impfgesetzen, wie Frankreich, Oesterreich, Preussen, von der schweren Krankheit getroffen. Der Satz, den die Impfenthusiasten im Uebereifer aufgestellt hatten: „Würde überall streng geimpft, dann gäbe es keine Pocken mehr" ist sicher, so allgemein gehalten, nicht richtig; mag er auch seine theoretische Berechtigung haben, in der Praxis kann er sich nicht bewähren.

Die allgemeine Impfung kann sicher nicht mehr leisten, als eine Durchseuchung ganzer Länder, und wir sehen aus den Pockenepidemien vergangener Jahrhunderte, wie ganze Generationen von den Pocken ergriffen wurden und kaum 5% immun blieben, und doch immer wieder neue Pockenepidemien auftraten mit wechselnder Intensität.

III. Auf die Ausbreitung und Intensität der Blattern, und insbesondere auf die Mortalität üben sanitäre und sociale Momente einen wesentlichen Einfluss. Die Vermehrung der allgemeinen Sterblichkeit zieht auch ihre Parallelen in der Pockenmortalität, und eine Unzahl von Beispielen aus der Geschichte der Blattern zeigt, dass bei der Variola dieselben Gesetze gelten, wie bei den übrigen contagiösen und epidemischen Krankheiten, dass die individuellen Verhältnisse, die Constitutions- und sonstigen Gesundheitszustände,

sowie die örtlichen und zeitlichen Momente auf den Charakter der Epidemie, auf deren In- und Extensität einen wesentlichen Einfluss üben.

Gerade die Pockenstatistik Schwedens, die oben angeführt wird, beweist dies, denn sie sagt: In der grossen Stadt mit allen den die Gesundheit der Individuen schädigenden Momenten verläuft die Variola viel verderblicher als in den Landbezirken. Dasselbe Verhältniss trifft in Schottland zu. In den Stadtbezirken kommen auf je 1 Million Lebender 427 Pockentodte, in den Landbezirken 104 und in den Inselbezirken 57. Noch drastischer zeigt es sich im ersten Lebensjahre: In den Stadtbezirken kommen auf 1 Million: 2488, in den Landbezirken 705 und in den Inselbezirken 400.

Auch in London sind die Resultate dieselben. Während der Epidemie im Jahre 1877 stellte sich heraus, dass das eigentliche London mit 72 Pockentodten auf je 100.000 Einwohner doppelt so stark gelitten hat, als die nächste Umgebung, die nur 37·7 Todte zählt. In einem Bezirke Hampstead kommen auf 100.000 Einwohner 1090 — und im Stranddistrict 2 Pockentodte.

Genau dieselben Beobachtungen wurden bei uns in Wien gemacht [1]). Im I. Bezirke, dem Sitze der Wohlhabenheit, war die geringste Morbilität und Mortalität.

Berechtigen aber die angeführten Thatsachen zu dem Schlusse, den die Impfgegner daraus ziehen, dass die Impfung ohne günstigen Einfluss auf den Verlauf der Blattern sei? Die zahlreichen impfgegnerischen Arbeiten der letzten Jahre haben die Grundpfeiler der Beweisführung für den Nutzen der Impfung nicht zu erschüttern vermocht, die sich auf folgende in möglichster Kürze gefasste Momente stützt:

1. Das von Jenner und nach ihm von vielen Anderen ausgeführte Experiment, welches die Schutzkraft der Vaccination gegen die Impfung mit echter Variola beweist, hat an überzeugender Kraft nichts eingebüsst.

Woodville allein hat im Jahre 1799 400 Individuen nach durchgemachten Kuhpocken die wirklichen Blattern eingeimpft und bei Keinem hafteten dieselben. Von 1799—1801 war die Zahl seiner Vaccinationen auf 7500 gestiegen, deren grössere Hälfte

[1]) Bericht des Wr. Stadtphysikates 1879.

vergebens auf ihre Blattern-Empfänglichkeit untersucht worden war. In demselben Jahre hat Pearson bei 6000 Impflingen das gleiche Resultat erlangt.

Es ist bekannt, dass auch von Stromeier und Ballhorn in Hannover, von Sömmering in Frankfurt, Heim in Berlin, Sacco in Mailand und auch in Oesterreich unter der Leitung Peter Frank's ähnliche Experimente von de Carro ausgeführt wurden, und dass der Erfolg den in England gewonnenen Resultaten entsprach.

Wenn es richtig ist, woran man nicht zweifeln kann, dass bei der Inoculation mit echter Variola nur etwa 5% ohne Resultat blieben, während die Inoculation bei vaccinirten Individuen in den weitaus meisten Fällen fehlschlug, dann bildet dieses Experiment eine massgebende Stütze für den Werth der Impfung, die durch die Künste der statistischen Gruppirung nicht erschüttert werden kann.

2. Die täglichen Erfahrungen aller Aerzte, die Blatternkranke in grosser Zahl zu behandeln Gelegenheit hatten und die den relativ günstigeren Verlauf der Blattern bei Vaccinirten als bei Ungeimpften einstimmig bestätigten.

Es ist eine Eigenthümlichkeit, dass alle Kliniker und Aerzte, die Blattern-Abtheilungen führten und über ihre Erfolge berichteten, einstimmig für den Nutzen der Impfung einstehen, während die Impfgegner sich zumeist aus Theoretikern oder solchen Männern recrutiren, die allerdings mit Namen von gutem Klange in ihrem jeweiligen Fache, doch nur durch den Calcul zu ihren Anschauungen gekommen sind.

Wenn auf irgend eine andere medicinische Frage alle unsere Kliniker und Aerzte an der Hand ihrer eigenen Beobachtungen einstimmig in demselben Sinne antworten, wenn diese Erfahrungen noch durch zahlreiche Experimente gestützt werden, und wenn auf der anderen Seite nur einige Statistiker, Theoretiker oder Männer, deren Fach ein anderes ist, anderer Ansicht sind, wird man da einen Moment im Zweifel sein, auf welche Seite man sich zu stellen hat?

Die Thatsache, dass Geblatterte einen Schutz gegen Wiedererkrankung haben, ist ja auch eine solche, die durch klinische Beobachtung festgestellt ist, könnte sie durch entgegengesetzte

Einzelnbeobachtungen, die ja vorliegen oder durch statistische Berechnung umgestürzt werden?

Die ganze Bände füllende Casuistik der Blattern liefert unzählige Beispiele für den Nutzen der Impfung, aus ihnen und aus der täglichen Beobachtung hat sich die tief wurzelnde Ueberzeugung der Aerzte herausgebildet.

3. Die Statistik, so weit sie in dieser Frage unter den früher genannten Cautelen zu verwerthen ist, spricht ebenfalls für den Nutzen der Impfung. Es sind in der neueren Literatur einige ausgezeichnete statistische Arbeiten enthalten, welche eine strengere Kritik aushalten, und insbesondere die Verhältnisse der geimpften zu den nicht geimpften Bewohnern, zu dem Lebensalter berücksichtigen.

Dahin gehören die Arbeiten von Flinzer über die Blatternepidemie von Chemnitz und Umgebung, und die von Dr. A. Müller zu Waldheim in Sachsen. Chemnitz trat mit 64.255 Einwohnern in die Epidemie ein. Davon waren 53.891 geimpft = 83·87%; 5712 Ungeimpfte = 8·89% und 4652 früher Geblatterte = 7·29%. Es wurden 3596 Personen von Blattern befallen = 5·60% der Bevölkerung, u. zw. 953 Geimpfte = 1·61% der geimpften Bevölkerung, und 2643 Ungeimpfte = 57·23% der ungeimpften Einwohner. Von den sämmtlichen 13.881 Haushaltungen, welche die Stadt zählte, kamen 2103 mit Blattern vor; an diesen 15% befallenen Haushaltungen nahmen solche, wo nur geimpfte Personen sich aufhielten, mit 2·67% Theil, während die übrigen 12·48% auf solche Haushaltungen mit Ungeimpften fielen. Unter der Gesammtzahl der Haushaltungen waren 68·18%, welche nur Geimpfte enthielten, bei diesen ereigneten sich 3·92% Blatternerkrankungen, dagegen bei 31·82% Haushaltungen mit Ungeimpften 39·11% vorkamen.

Während demnach auf 26 Haushaltungen, welche Ungeimpfte aufzuweisen hatten, eine Erkrankung fiel, traf eine solche erst auf 255 Haushaltungen, wo nur Geimpfte lebten.

Unter 3596 Erkrankten starben 249 = 6·32%, und zwar 221 Kinder unter 14 Jahren und 28 Erwachsene. Die gestorbenen Kinder waren sämmtliche ungeimpft, von den Erwachsenen waren 21 = $^{3}/_{4}$ nicht geimpft. Die 7 geimpften Personen trugen folglich zur Mortalität 2·81% bei, die 242 Ungeimpften 97·19%, oder

umgekehrt die 953 geimpften Blatternkranken in der Stadt gaben 0·73%, die 2643 Ungeimpften 9·16% Sterblichkeit.

Nach dem Vorbilde von Chemnitz ist die Epidemie des Städtchens Waldheim in Sachsen von Dr. A. Müller bearbeitet worden. Waldheim hatte bis über 5000 Einwohner, 4713 Geimpfte oder früher Geblatterte (93·2%) und 342 Nicht- oder erfolglos Geimpfte (6·8%). Vom Jänner 1872 bis April 1873 kamen 250 Pockenerkrankungen vor, nahe 5% der Bevölkerung. Darunter befanden sich Geimpfte einschliesslich der Gepockten 124 = 2·6%, Ungeimpfte oder erfolglos Geimpfte 126 = 36·6%. Es starben 66 Personen, und betrug die Mortalität für Nichtgeimpfte 43·6%, für Geimpfte 8·8%.

Vogt selbst unterschätzt den Werth der Flinzer'schen Tabelle nicht, nur wendet er auch hierbei seine Gruppirungsmethode an.

Die Unterabtheilung „Haushaltung“ behagt ihm nicht, weil ja „Haushaltungen“ nicht geimpft werden; er gruppirt nach Strassen und Häusern, als ob „Strassen und Häuser“ geimpft würden. Da findet er denn, dass von 135 Strassen der Stadt 21 keinen einzigen Pockenfall hatten; diese 21 Strassen hatten durchschnittlich 50 Bewohner per Strasse, während die 24 meist befallenen Strassen durchschnittlich 522 Bewohner per Strasse hatten; daraus schliesst er, dass die ersteren die Wohnstätten des Reichthums, die letzteren die Kasernbauten des Mittel- und Arbeiterstandes enthalten, als ob der Begriff „Strasse“ etwas fixes, unveränderliches wäre. Die Ringstrasse mit ihren Tausenden Bewohnern repräsentire demnach die Armuth und irgend eine kleine Strasse in einem Vororte berge den Reichthum.

Vogt selbst kommt auf Grundlage seiner statistischen Gruppirung zu dem Endresultat, dass der Vaccine allerdings eine Schutzkraft gegen Blattern innewohne, nur schreibt er dieser Kraft eine kurze Lebensdauer, etwa nur bis zum zweiten Jahre zu.

G. F. Kolb, der bekannte Statistiker und Impfgegner, hat in der Nummer der Frankfurter Zeitung vom 7. December v. J. in einem Lobhymnus auf die Vogt'sche Arbeit diesen Schluss Vogt's angegriffen, indem er namentlich anführt, dass die Kinder zumeist erst im 5., 6., 8. Lebensmonate geimpft werden oder noch später. Es ist hier nicht der Ort, diese Streitfrage näher zu unter-

suchen, nur so viel sei erwähnt, dass Vogt's Berechnungen sich auch auf die Statistik Englands stützen, wo bekanntlich innerhalb der ersten drei Monate geimpft werden muss. Man sehe doch einmal die englische Tabelle an, wie sie nach dem Blaubuche von Vogt selbst citirt wird.

In England starben an Pocken während der Jahre 1872, 1873, 1874:

Alter	Geimpfte	Nichtgeimpfte
von 0 bis 1 Jahr	127	1028
„ 1 „ 2 „	65	318
„ 2 „ 3 „	69	261
„ 3 „ 4 „	86	226
„ 4 „ 5 „	113	241
„ 5 „ 10 „	331	835
„ 10 „ 15 „	186	281
„ 15 „ 20 „	286	261

Da bereits im Jahre 1867 das strenge Impfzwangsgesetz in England in Kraft gewesen, so war die englische Bevölkerung jener drei Jahre so vollständig geimpft, als es überhaupt durchführbar ist.

Es lässt sich daher annehmen, dass nur ein verschwindend kleiner Percenttheil von Ungeimpften unter derselben war. Unter solchen Verhältnissen sagt die Tabelle wohl mehr als jede künstliche Berechnung durch Vergleichung ganz und gar nicht vergleichbarer Epidemien in verschiedenen Städten.

Ganz ähnliche Resultate lieferte die letzte Wiener Epidemie [1]). Die Mortalität alle Geimpften zu allen Ungeimpften betrug 11·45 : 51·15, nach Ausschluss der ersten zwei Lebensjahre 10·54: 42·58.

Nach des Ref. Ansicht lässt sich die Schutzkraft der Vaccine überhaupt nicht fixiren, da ja bei dem angeführten Einflusse der epidemischen, socialen und sanitären Verhältnisse der Werth des Factors „Impfung“ ein fortwährend schwankender sein muss, und unter günstigen Verhältnissen unendlich und unter ungünstigen gleich Null sein kann, wie es ja die Erfahrung in einzelnen Fällen auch wirklich beweist.

---

[1]) Bericht des Wr. Stadtphysikates 1879.

Es kann ja die Schutzkraft der Vaccine sicher nicht grösser sein, als die Schutzkraft einer überstandenen Variola, und auch da lässt sich nicht berechnen, wie lange eine solche dauern kann, sowie es andererseits sicher ist, dass sie in gewissen Fällen sehr geringfügig ist. Wir können auch nicht berechnen, wie lange die Schutzkraft eines etwa überstandenen Flecktyphus gegen eine neuerliche Erkrankung dauert.

Vogt selbst hält, wie aus einzelnen Stellen seines Buches hervorgeht, die Frage über die Schutzdauer der Vaccine für unentschieden. Diese Frage ist auch für uns irrelevant. Für uns handelt es sich darum, dass auch die neuesten gegnerischen Arbeiten die Schutzkraft der Vaccine nicht läugnen können und demnach hat der Standpunkt, den der nieder-österreichische Landessanitätsrath im Jahre 1873 inne hatte, auch heute noch seine volle Berechtigung.

Wenn man den Nutzen der Vaccination zugibt, wenn man überzeugt ist, dass dieselbe ein wesentlicher Factor ist, der die Verbreitung und den Verlauf der Blattern beeinflusst, dann muss man zu dem logischen Schlusse kommen, dass es im Interesse des Staates gelegen sei, diesen Factor, den er beherrschen kann, während er auf die epidemischen, sanitären und socialen Verhältnisse nur höchstens einen geringen Einfluss hat, möglichst zu verallgemeinern, und dass er die Pflicht hat, die Schutzkraft der Vaccine möglichst auszunützen für das Wohl der Gesammtheit. Er kann es deshalb nicht dem freien Willen des Einzelnen überlassen, weil der Werth dieses Factors für die Gesammtheit steigt und fällt mit der Zahl der Theilnehmer. Wenn von 1000 Menschen nur 10% geimpft sind, so ist die Gefahr für die Nichtgeimpften und selbst für den Geimpften ceteris paribus sicher viel grösser, als wenn 90% geimpft sind, weil durch das gleichzeitige Auftreten vieler Erkrankungen die sanitären und epidemischen Momente an schädigender Kraft gewinnen. Es geht auch nicht an, dass man nach dem Vorschlage Vogt's blos im Angesichte der Gefahr, erst wenn eine Epidemie sich der Landesgrenze nähert, die allgemeine Impfung einführe.

Man erkennt an diesem Vorschlage wieder den Theoretiker. Setzen wir den Fall, es hätte durch 30 Jahre in Oesterreich keine Variola-Epidemie gegeben und es wäre also wäh-

rend dieser Zeit Niemand geimpft worden und plötzlich bricht im Nachbarlande eine Epidemie aus, die über Nacht durch den heutigen, alle Entfernungen eliminirenden Verkehr in das Herz des Landes getragen wird, könnte man 37 Millionen Einwohner noch rasch genug impfen, damit sie des Schutzes der Impfung theilhaftig werden?

Das bisher in Oesterreich bestehende Impfgesetz entspricht den genannten Anforderungen nicht; es hatte seine Wirkung unter einem absoluten Regimente und unter dem Schrecken überstandener Epidemien. Das österreichische Gesetz sagt ungefähr: „Jedermann kann sich impfen lassen oder nicht; wer sich aber nicht impfen lässt, wird von den Behörden als renitent behandelt.“ Unter einer absoluten Regierung hatte diese Drohung der Behörde viel zu bedeuten; heutzutage bedeutet sie nichts, wenn nicht die Impfpflicht als solche zum Gesetz erhoben wird. Die Impfung ist in Oesterreich, wie alle Aerzte klagen, in Abnahme begriffen, und wenn überhaupt noch geimpft wird, so geschieht es, weil man im Volke glaubt, dass Jedermann verpflichtet sei, sich der Impfung zu unterziehen.

Das österreichische Impfgesetz, wie es jetzt besteht, entspricht den heutigen Anschauungen nicht mehr und früher oder später muss es fallen. Es gibt hierbei nur zwei Wege. Entweder man spricht die facultative Impfung aus, damit fällt jedes Impfgesetz weg, oder man spricht die Impfpflicht, resp. den Impfzwang aus, und dazu bedarf es eines neuen Gesetzes.

In der That sind fast in allen Staaten Europas Impfzwangsgesetze und nur in Frankreich, in Oesterreich existiren noch die alten Bestimmungen, und das sind notorisch jene Länder, in denen es mit der Impfung am allerschlechtesten steht.

Dass in dieser Richtung etwas geschehen müsse, hat der Sanitätsrath bereits im Jahre 1873 ausgesprochen, und er muss in dieser seiner Anschauung noch bestärkt werden, wenn er die Blatternverhältnisse in Oesterreich mit jenen in Deutschland vergleicht, wo seit drei Jahren nur sehr selten Blatternfälle vorkommen, während wir in Oesterreich noch ziemlich häufig Blattern haben.

Es darf übrigens diese Thatsache in meritorischer Beziehung nicht zu hoch angeschlagen werden. Im Jahre 1876 hatte Berlin im

Ganzen 18 Todesfälle, Wien hatte 1150. Das deutsche Impfgesetz trat erst im April 1875 in Kraft, und da nach §. 1 dieses Gesetzes jedes Kind nicht vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres geimpft zu werden braucht, ist wohl anzunehmen, dass zu Beginn des Jahres 1876, also acht Monate nach dem Inslebentreten des Gesetzes, noch keine so bedeutenden Folgen zu Tage treten konnten. Derartige günstige Erscheinungen können auch von anderen, uns bisher unbekannten Factoren herrühren. Wir sehen dies auch in den Blatternverhältnissen Londons. In der ersten Hälfte des Jahres 1876 hatte London mit mehr als 3 Millionen Einwohnern nur 23 Todesfälle und Wien 646; in der ersten Hälfte des Jahres 1877 hatte London 2020, Wien 381 Todesfälle, obgleich in London das strenge Impfgesetz gehandhabt wurde.

Wenn wir also auch die günstigen statistischen Ergebnisse in unserem Nachbarlande auf ihren entsprechenden Werth zurückführen, so bleibt es doch bei uns in Oesterreich in hohem Grade wünschenswerth, dass unsere verworrenen und ungeordneten Impfverhältnisse in eine gesetzmässige Bahn geleitet werden. Wie ein solches Gesetz beschaffen sein soll, ob mit oder ohne strenge Strafmassregeln, das zu untersuchen, scheint dem Ref. nicht Sache eines Landessanitätsrathes zu sein, weil die Angelegenheit eine Reichsangelegenheit ist.

Nach der persönlichen Anschauung des Referenten ist mit einem strengen Impfgesetze nicht viel gewonnen, weil man ein wirkliches Impfzwangsgesetz, dass etwa jedes Kind in den ersten drei Monaten seines Lebens von einem Amtsarzte zwangsweise geimpft werden müsse, und dass auch Revaccinationen zwangsweise vorgenommen werden, nicht decretiren kann und andere strenge Bestimmungen nur die Agitation steigern, ohne dem Impfwesen zu nützen.

Das englische Impfgesetz dictirt nicht nur Geld-, sondern auch Gefängnissstrafen, und in keinem Lande ist die Agitation so mächtig wie dort.

Das deutsche Impfgesetz ist milder und verhängt nur Geldstrafen oder eventuell Arreststrafen von nur drei Tagen. Wie es aber überall auf die Ausführung des Gesetzes ankommt, zeigt folgende Thatsache:

In der öffentlichen Sitzung des königl. Polizeigerichtes vom

27. September 1879 in Linnich, dem bekannten Herd der Antiimpfagitation, lagen 29 Fälle vor wegen der Beschuldigung, Kinder ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung entzogen zu haben. Die Verurtheilung erfolgte, ohne Unterscheidung, ob der Verklagte zum ersten Male oder zu wiederholten Malen renitent war, zu nur je 2 Mark. In allen denjenigen Fällen, in welchen ein Vater, sei es auf einer oder zwei getrennten Ladungen für zwei Kinder vorgeladen war, wurde seine Gesammtstrafe für beide Kinder ebenfalls nur auf 2 Mark festgesetzt. Also mit einer Enthebungssteuer von 2 Mark kann man sich dort dem Impfgesetze entziehen.

Dr. Oidtmann theilt mit: Die Zahl der Linnicher Impfrenitenten wäre eine noch viel grössere geworden, wenn er nicht in der Ungewissheit, ob nicht den armen Leuten das höchste Strafausmass von 50 Mark dürfte zuerkannt werden, denselben vorgehalten hätte, sich in das Unvermeidliche zu fügen und ihre Kinder von ihm selbst „gelinde" impfen zu lassen. — Man kann sich leicht eine Vorstellung von dem Werthe einer solchen „gelinden" Impfung machen. —

Die Geschichte der letzten Jahre zeigt, dass durch derartige Strafbestimmungen die Agitation nur gesteigert wird, und die Impfung wahrscheinlich wenig gewinnt.

Es gibt nur einen Weg, die Antiimpfagitation zu brechen, und das ist der, dass man die so arg übertriebenen, aber sicher existirenden Gefahren der Impfung vollständig zu eliminiren trachtet, und diesem Zweige des öffentlichen Impfwesens hat der Staat seine specielle Aufmerksamkeit zu widmen, und der Sanitätsrath hat seit dem Jahre 1873 auch in diesem Sinne erfolgreich gewirkt.

Wenn man die Gefahren der Vaccinesyphilis vermeidet durch Einführung der animalen Vaccination, die nach den neuesten Untersuchungen Bollinger's auch die Uebertragung der Tuberculose ausschliesst, wenn nur junge Kälber zum Abimpfen genommen werden, und wenn durch strenge Vorsichtsmassregeln, wie sie die moderne Chirurgie empfiehlt und die eigentlich nur in einer scrupulösen Reinlichkeit bestehen, auch gewisse Wundkrankheiten, Erysipele, Phlegmonen, mög-

lichst vermieden werden, dann ist den Impfgegnern jeder Boden für die Agitation entzogen. Diesem Zweige des Impfwesens hat der Staat seine specielle Aufmerksamkeit zu widmen und auch nach dieser Richtung ist bei uns in Oesterreich noch Manches zu thun.

Ein Staat, der die Impfpflicht seinem Volke decretirt, übernimmt selbst die Verantwortung, für die Eliminirung etwaiger Gefahren der Impfung nach Möglichkeit zu sorgen und so müsste mit dem neuen Gesetze auch eine neue Impfpraxis ins Leben treten. Die Ausführung dieses Punktes behält sich Ref. für eine nächste Gelegenheit vor.

Auf Grund voranstehender Erwägungen erlaubt sich der Referent folgenden Antrag zu stellen:

Der nieder-österreichische Landessanitätsrath möge sich dahin aussprechen, dass zur Hebung der in Oesterreich immer mehr verfallenden Impfung eine Revision der Impfgesetze, die nicht mehr dem Zwecke entsprechen, sowie die Erlassung eines Gesetzes, das die allgemeine Impfpflicht zur Grundlage habe, nothwendig sei, dass dies jedoch nur unter der Bedingung geschehen könne, wenn von Seite des Staates für die Beseitigung der Gefahren der Impfung möglichst vorgesorgt wird.

Syphilis maligna.

Von

Dr. J. Krowczyński,

k. k. Sanitätsrath in Lemberg.

Am Ende des 15. Jahrhunderts, erzählt die Geschichte der Medicin, erschreckte die Syphilis durch ihren rapiden und schrecklichen Verlauf nicht blos die davon Befallenen, aber auch die Aerzte, die theils aus Scheu vor der ihnen noch unbekannten Krankheit, zum Theile auch aus Furcht, dass die Klientel sie meiden würde als Vermittler der Seuche, dieser in furchtbarer Weise auftretenden Krankheit nicht die gehörige Aufmerksamkeit zuwendeten. Wenn man die Beschreibung der ältesten Syphilisbeobachter mit denen der jüngsten vergleicht, so sieht man einen grossen Unterschied nicht blos im Verlauf, sondern auch in den Krankheitssymptomen und Erscheinungen. Statt vielwöchentlicher Latenzstadien, deren wir jetzt zwei unterscheiden, vom Momente nämlich der Ansteckung bis zum Auftreten der Primäraffection das erste und als zweites Stadium den Zeitabschnitt vom Ulc. induratum bis zum Sichtbarwerden der Folgezustände (secundären Erscheinungen) dauerte damals das erste Stadium nur einige Tage, eingeleitet von heftigem Kopfschmerz, Gliederreissen, Schlaflosigkeit und Schwächegefühl. 8—14 Tage nach der Ansteckung bedeckten zahlreiche Krusten den Kopf, dann den Stamm des Kranken oder es traten Ausschläge, die tiefe Geschwüre hinterliessen oder gleich zerfallende Gummageschwülste, Knochenaffection, manchmal auch Gangrän auf, kurz, statt eines vielwöchentlichen zweiten Latenzstadiums, das wir jetzt kennen und der im Verhältnisse sehr sanften Erscheinungen, wie Fleckenausschlag und Papeleruption, dauerte damals der zweite Latenzzustand nur

einige Tage, worauf gleich krankhafte Veränderungen in einzelnen Theilen des Organs auftraten, wie selbe jetzt nur bei ungünstigem Verlaufe der Syphilis nach jahrelangem Bestande der Krankheit zu sehen sind.

Vergebens suchen wir in der Geschichte der Medicin nach einem Erklärungsgrunde des rapiden Verlaufes und der schweren Formen der Syphilis, obschon angemerkt ist, dass auch die anderen acuten Infectionskrankheiten schneller und gefahrvoller für die betroffenen Individuen verliefen.

Wenn es wahr wäre, dass die Syphilis im 15. Jahrhundert zuerst auftrat, so könnten wir mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit für diese so schwer verlaufenden Fälle dieselbe Erklärung benutzen, wie für andere Exantheme; da jedoch die Entstehung der Syphilis erst im 15. Jahrhundert unwahrscheinlich ist, wie nicht minder die Annahme, die Syphilis sei eine neue Form anderer Krankheiten, wie Rotz und Aussatz; da es ferner auch unwahrscheinlich ist, sie sei erst damals aus anderen Ländern verschleppt worden, so müssen wir die hypothetische Erklärung fallen lassen. Bekanntermassen zählt die Anschauung des Leonicenus, der die Ansicht verfocht, die Syphilis habe schon im Alterthum und Mittelalter existirt, doch erst im 15. Jahrhundert durch ihre Malignität die Aufmerksamkeit intensiver auf sich gelenkt, die meisten Anhänger. In den früheren Jahrhunderten habe man die Stadien der Syphilis für gesonderte, von einander unabhängige Krankheiten angesehen. Leonicenus und seine Anhänger gehen auf die Ursachen der Malignität der Syphilis nicht näher ein, sie begnügen sich mit der Constatirung des Factums der Identität.

Was immer der Grund der Bösartigkeit der Syphilis im 15. Jahrhundert war, sicher ist, dass seit dieser Zeit die Syphilis schwächer in ihren Symptomen auftrat, so dass einige Jahrhunderte nachher, insbesondere gegen Mitte des 16. Jahrhunderts der Verlauf der Syphilis ein derartiger war, wie heutzutage. Dieses Erblassen und Milderwerden der Symptomenreihe schloss nicht sporadisch auftretende schwerere Formen mit rapidem Verlaufe aus; was jedoch im 15. Jahrhundert Norm war, ist seither eine Ausnahme geworden, die auch jetzt hie und da sich beobachten lässt. Dass der bösartige Verlauf der Syphilis nicht häufig zur Beobachtung gelangt, beweisen die Handbücher und Werke über Syphilis, in

denen entweder gar keine Erwähnung derselben gethan, oder auch nur nebenbei bemerkt wird, dass maligne Syphilis vorkomme, ohne jedoch näher auf den Gegenstand einzugehen.

Diese stiefmütterliche Behandlung der malignen Syphilis war für mich Anregung, auf Grund des beobachteten Falles eine Skizze des bösartigen, rapiden Verlaufes der Krankheit zu liefern. Vor Allem ist es jedoch nöthig, sich zu verständigen über den Begriff „maligne Syphilis". Boeck (Erfahrungen über Syphilis, Stuttgart 1875) schildert das Wesen der Krankheit folgendermassen: Die constitutionelle Syphilis kann auf eine mehr acute Art auftreten. Bei einem fieberhaften Zustande kommt es zur Eruption eines pustulösen Syphilids, einer variolaähnlichen Form oder eines Ecthyma, welches in dieser Form verharrt oder gewöhnlich innerhalb kurzer Zeit die Rupiaform annimmt, eine tiefer gehende und ulcerirende Form, die sehr geneigt ist zu destruiren, wie auch Pusteln und Bullae sich auf Stellen entwickeln, wo sich wenig Substanz findet, z. B. auf den Alae nasi, den Rändern der Augenlider u. s. w. Wenn die Krankheit einige Monate gedauert hat, kann man Exantheme sehen, die einer Periode angehören, welche bei der gewöhnlichen Form der constitutionellen Syphilis mehrere Jahre nach der primären erscheint, ich meine die tuberculo-serpiginösen Syphilide. Es kann sich Remollirung des Nasenknorpels entwickeln, wodurch das Einfallen der Nase bewirkt wird, kurz, Phänomene, die der sogenannten tertiären Syphilis angehören. Während der Entwicklung und während des Verlaufes dieser Form der Syphilis schwinden die Kräfte mehr und mehr und der Kranke kann wochenlang zwischen Leben und Tod schweben. Man hat dieser Form mit Recht den Namen „maligne Syphilis" gegeben, oder sie auch sehr bezeichnend „Syphilis galopante" genannt.

Boeck fordert demnach den rapiden Verlauf der Erscheinungen, so dass die einzelnen Stadien verschwinden, zum Begriffe der malignen Syphilis. Als Prodrome sind auch hier wie bei jeder schweren Krankheit heftiges Fieber, Kopfschmerz, Gliederreissen, Schlaflosigkeit und Schwäche vorhanden, kurz, alle Symptome, wie selbe auch beschrieben wurden zur Zeit der malignen Syphilis zu Ende des 14. Jahrhunderts. Das seltene Auftreten der malignen Syphilis in der Gegenwart rechtfertigt er damit, dass bisher über

die Ursache der Entstehung wenig bekannt ist; während nämlich die einen Autoren die Bösartigkeit der Syphilis einer Blutvergiftung oder Schärfe oder Cachexie des Individuums zuschreiben, meinen andere apodictisch, sie hätten keine Cachexie bei den von maligner Syphilis Betroffenen beobachtet. Häufig genug wurde constatirt, dass der Verlauf der Syphilis nicht unwesentlich beeinflusst wird vom Allgemeinzustand der Individuen; eine Thatsache, die bereits älteren Schriftstellern bekannt war.

Nun führe ich auch Etwas von meinen heimischen Laren an und schöpfe aus unserer ältesten Quelle (Die Syphilis in Krakau 1581, Woiciech Oczko, S. 3). Indem der Autor des genannten Werkes die Eigenthümlichkeiten des Contagiums bespricht, deutet er die Verschiedenheiten, wie dieselben in Erscheinung treten, folgendermassen:

„Das syphilitische Gift beeinflusst in anderer Weise den Körper des Melancholikers, anders den des Cholerikers oder des Phlegmatikers. Jeden nach seiner Blutfaçon, nach seinem Geschlechte, nach seiner Constitution fassend, erscheint es obendrein, sobald es sich zu einer anderen schon bestehenden Krankheit gesellt, wild stürmisch in tausendfachen Arten. Wenn die Lustseuche auch schon selbst im Stande ist, mächtig an der Gesundheit des Menschen zu rütteln, so steigert noch dazu eine bestehende Krankheit im Körper des unglücklich Betroffenen ganz besonders ihre Unheilbarkeit, vergrössert das Leiden und macht das öde Dulden des schwer Geprüften endlos."

Dies sind die Worte eines polnischen ärztlichen Urahns; die Flucht dreier Jahrhunderte vermochte nicht die traurige Wahrheit dieses gediegenen Beobachters zu ändern, und so kann ich nicht umhin, dessen Aussage mit den neueren Anschauungen, wie sie Beneke (Balneologische Briefe) veröffentlicht, zu vergleichen:

Die Säftemischung, deren Bestimmung die Ernährung der Gewebe ist, muss bei irgend einer Aenderung nothwendiger Weise rückwirken auf die Gewebe und sich äussern in ihrer veränderten Ernährung und alterirten Function derselben. Bei minimalen Aenderungen der Blutmischung leidet auch die Ernährung unerheblich, entgegengesetzten Falles jedoch wird auch die Ernährung schwer betroffen. Aber auch die unerheblich geänderte Blutmischung erzeugt, wenn auch nicht wahrnehmbare, doch gewiss

bestehende Abweichungen der Thätigkeit der Organe und der Nervenspannung. Was Wunder somit, wenn die in einem bereits kranken Organismus bestehende Blutbeschaffenheit ein noch neues sich Eingang verschaffendes Gift, das nach Beneke's Ansicht nicht blos quantitativ die Blutbestandtheile beeinträchtigt, sondern auch einen Fermentationsprocess hervorruft, schwierig dem Heilungsprocess zugänglich macht.

Weit entfernt zu behaupten, Oczko und Beneke hätten die nämlichen Anschauungen über Constitutions-Anomalien, führe ich den Vergleich nur deshalb aus, um die von uns unerreichte Beobachtungsgabe der Alten, die noch dazu der neueren Behelfe entbehren mussten, ins rechte Licht zu bringen.

Sollten kommende Tage die Forschungen Beneke's und dessen Ansichten über Constitutions-Anomalien bestätigen, so hätten wir auch das Räthsel der Bösartigkeit gewisser Syphilisformen gelöst. Vorläufig jedoch müssen wir uns begnügen mit der allgemeinen Fassung, wie sie Ory (Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces, Paris 1875) in seiner Abhandlung angibt. Hier findet man die Anschauung angeführt, dass die bösartige Syphilis nur bei solchen Menschen sichtbar ist, deren Organismus aus irgend einem Grunde untergraben ist und an Widerstandsfähigkeit einbüsste.

Lymphatischer Habitus, Scrophulose, fehlerhafte Ernährung, Schwangerschaft, chronischer Alkoholismus, Leichtsinn und verlottertes Wesen, Heimsuchungen aller Art, hohes Alter, Armuth, das sind die Gefährten der bösartigen Lustseuche, das sind ihre Förderer und nicht etwa die Infectionsquelle oder gar die Art und Weise der Ansteckung.

Boeck vertritt geradezu eine entgegengesetzte Ansicht. Auf Grundlage gemachter Beobachtungen an 10 Krankheitsfällen läugnet derselbe den bösartigen Einfluss bestehender fehlerhafter Blutmischung auf den Verlauf der syphilitischen Erkrankung und schliesst sie als Krankheitsursache aus.

Der Umstand, dass am häufigsten nach phagedänischen Geschwüren die schlimmen Fälle der syphilitischen Erkrankung vorkommen, spricht scheinbar zu Gunsten der Ansicht, das Quale des Contagiums habe einen bestimmenden Einfluss. Allein auch nur scheinbar, da es nicht möglich ist, sicherzustellen, inwieweit die

bereits bestehende krankhafte Blutmischung schon das Entstehen der phagedänischen Geschwüre forderte und andererseits ist uns das Verhältniss der Bösartigkeit zum Phagedänismus unbekannt. So lange bleibt das Quale des Contagiums als auf den weiteren Verlauf der syphilitischen Erkrankung Einfluss nehmende Ursache eine willkürliche Annahme, als unsere Kenntnisse über die mikrochemische Eigenschaft des Giftes nicht weiter reichen als jetzt, wo wir blos wissen, dass es einen Eiweisskörper enthält. Vom theoretischen Standpunkte scheint mir die Ansicht Ory's von allen bis nun angeführten die stichhältigste.

Wenn auch meine überaus geringe Zahl von Beobachtungen mich hierin bestärkt, so will und kann ich ein endgiltiges Urtheil nicht fällen; hiezu gehört eine unvergleichbar grössere Beobachtungsreihe. Schlüsse gezogen aus einer geringen Zahl von Beobachtungen sind nicht zwingender Natur. Da jedoch meinen Berufsgenossen, welche Gelegenheit finden, Syphilisfälle jährlich selbst nach Tausenden zu beobachten, bösartige Fälle gar nicht oder nur spärlich und vereinzelt vorkommen, so sind wir zur endlichen Erbringung eines Beweismaterials auf ein Sammelwerk angewiesen, zu dem ein Jeder sein Schärflein beitragen soll. Ich meines Theils thue es unter Anführung des bösartigen Verlaufes zweier Fälle syphilitischer Erkrankung, die ich beobachtete und ohne Präcedenzfälle für eine der angeführten Ansichten bilden zu wollen, subsumire ich meine Betrachtungen dahin, dass in beiden eine Blutdyskrasie ihre deletären Einflüsse geltend zu machen schien, indem im ersten Falle eine chronische Alkoholvergiftung, im anderen eine erblich belastende Tuberculose bestand, während in einem dritten Falle, den ich sofort detaillirt mittheilen werde, eine deutliche Blutdyskrasie nicht vorhanden, wenigstens meinen Sinnen nicht zugänglich war, selbst nicht in der Form des geschmeidigen Begriffes eines „attaquirten Organismus", wie ihn Ory zu nennen für gut fand.

R. S. (vorgestellt dem Vereine galizischer Aerzte), 30 Jahre alt, unverheirathete Dienstmagd, trat am 4. November 1875 ins Spital ein. Anamnestisch war zu erheben, dass ihre Eltern fast gleichzeitig aller Wahrscheinlichkeit nach an Cholera starben. Inwieweit Patientin sich erinnern konnte, sollen ihre Eltern niemals krank gewesen sein; der ältere Bruder, nächst der Patientin

der einzige Sprössling dieser Ehe, soll gleichfalls immer gesund gewesen sein; sein gegenwärtiges Los ist ihr unbekannt. Bis zum 14. Lebensjahre stets gesund, erkrankte die Patientin in diesem Alter an täglich wiederkehrendem Wechselfieber; im 16. Lebensjahre ward sie zum ersten Male menstruirt; im 18. Lebensjahre ward sie von einem Typhus geheilt, aus dem Spital entlassen und 4 Jahre hierauf bemerkte sie einen Hautausschlag, der ärztlich behandelt wurde und der anfänglich die Haut des Gesichtes und der Brust einnahm, und später auf den oberen und unteren Extremitäten sich ausbreitete. Von da ab war Patientin nie krank gewesen, war weder spirituösen noch geschlechtlichen Excessen ergeben und blieb auch verschont von Elend und Heimsuchungen.

Gegenwärtige Krankheit begann in den ersten Tagen des Monats October 1875, nach stattgefundenem geschlechtlichen Verkehre mit ihrem Bräutigam, der, wie sie nachträglich in Erfahrung brachte, auf der Station für syphilitische kranke Männer sich bereits in Behandlung befunden hatte. Von mittlerem Körperwuchse, ist die dunkel-blondhaarige Patientin gut gebaut. Ihre Haut von durchwegs normaler Färbung besitzt ein mässig entwickeltes Fettlager. Ihre Muskeln sind kräftig entwickelt. Die Lymphdrüsen am Nacken und der Ellbeuge sind nicht intumescirt, die sichtbaren Schleimhäute mässig geröthet. Die Drüsen in beiden Leisten sind vergrössert, hart, schmerzfrei und nach allen Richtungen hin verschiebbar. An der Stelle der Vereinigung beider grossen Schamlippen finden sich zwei Geschwüre vor, die durch eine kreuzergrosse, normale Hautpartie von einander geschieden sind. Die Basis beider Geschwüre fühlt sich härtlich an, und ist der Geschwürsgrund spärlich mit eiterigem Exsudat bedeckt, nach dessen Wegschaffung er blutreich erscheint, während die Ränder glatt, nicht gezackt sind. Beide Schamlippen sind ödematös geschwellt, in ihren unteren Theilen überdies von harter Consistenz. Die Schleimhaut der Scheide wird von einem aus der Mündung der vergrösserten Gebärmutter sich absondernden, milchweissen, zähen Schleime bedeckt. Eine Lösung von Cuprum sulfur. auf die Geschwüre, nächst häufigen adstringirenden Ausspritzungen der Scheide bildeten die erste Ordination.

Die sorgfältige Beobachtung der ärztlichen Ordination konnte jedoch die Tendenz der Ausbreitung der Geschwüre nicht ein-

dämmen, so dass am 8. November beide Geschwüre in einander flossen und als ein ganzes den unteren Theil beider Schamlippen einnahmen. Schlaffes Granulationsgewebe, bedeckt von üppigerem, schmutzig-grauem Exsudat, findet sich am Geschwürsgrund vor. Derselbe wurde an diesem Tage mit Campherpulver bestreut. Der Effect hievon war, dass das Geschwür noch grösser und gangränös wurde. Trotz bester Pflege und thunlich bester hygienischer Unterkunft nahm bei viermal täglich vorgenommenem Verbandwechsel die Grösse des Geschwüres derart, insbesondere in der Richtung nach oben, zu, dass dessen Form einem Hufeisen nicht unähnlich wurde, dessen Concavität nach der Symphyse hin gerichtet erscheint, dessen Schenkel bis zur Mitte beider grossen Nymphen hinaufragen und dessen grösste Ausbuchtung sogar hinter der Vereinigungsfalte beider grossen Schamlippen besteht. Dabei blieb immer der gangränöse Charakter beibehalten und bei unbedeutender weiterer Zunahme der Inguinaldrüsen bis zur Haselnussgrösse erschienen die grossen Schamlippen stark intumescirt, die kleinen nur mässig. Seit zwei Tagen ist bei Druck Schmerz in den Inguinaldrüsen fühlbar, obwohl das Zwischengewebe der Drüsen vom deletären Process nicht eingenommen zu sein scheint.

Nach weiteren drei Tagen ist der Kräfteverfall sichtbarer und am 20. November begann Patientin über „fliegendes Frösteln" Klage zu führen.

Mit dem Thermometer konnte man eine Temperatursteigerung bis auf 38° C. constatiren, während bis nun die Quecksilbersäule kaum 38° C. des Abends erreichte. Den 21. November Früh 38·8° Puls 92, Abends 38·9° Puls 114; auch blieb sie von da ab stets über 38·5 und der Puls mehr als 92 bis zum 9. December, an welchem Tage $1^1/_2$ Stunden lang anhaltender Schüttelfrost das Bild änderte. Patientin führte bei vollkommen erhaltenem Bewusstsein Klage über heftigen Kopfschmerz, Gliederziehen, Gelenkschmerzen und allgemeines Schwächegefühl.

Mit Ausnahme eines Milztumor ergab die physikalische Untersuchung und die Analyse des Harnes ein durchwegs negatives Resultat. Erst am nachfolgenden Tage, den 10. December treten kleinfleckige Eflorescenzen auf der ganzen Körperoberfläche auf und insbesondere an der Haut der unteren Extremitäten, woselbst die Hautaffection durch ihre lebhaft rothe Färbung einem Masern-

ausschlage nicht unähnlich war. Die Morgentemperatur an diesem Tage betrug 38·8° Puls 100, Abendtemp. 38·3° Puls 92. Bis auf das gesteigerte subjective Schwächegefühl verstummte die Klageführung der Patientin.

Während dieser ganzen Zeit änderte das Geschwür weder seine Grösse, noch seine Form und Eigenschaften. In den folgenden sechs Tagen erhielt sich die Temperatur immer unter 38·3° C. und die Zahl der Pulsschläge blieb unter 100.

Am 15. December Abends neuerdings ein Frostanfall; Temp. 39·7° Puls 120; 16. December Früh Temp. 38·8 Puls 100. Ueberall an der Haut des Stammes, Gesichtes und der Extremitäten, wo Maculae sich vorfanden, traten Knötchen von Linsengrösse auf, von lebhafterem Roth als gewöhnlich bei syphilitischen Papeln. Wieder fiel die Temperatur und schwankte 10 Tage lang zwischen 38° und 38·5°.

Am 25. December Abends ein dritter Frostanfall; Temp. 39·7° Puls 104; den 26. Früh Temp. 38·7 Puls 92. Ein rother Hof umgibt eine jede von den Papeln, die serös durchtränkt erscheinen und bedeckt mit durch die Flüssigkeit unterminirten Schüppchen. Folgenden Tags war die Formänderung zu Bläschen und Pusteln evident, und Temperatur und Puls schon wieder gesunken, erstere 38·2° Puls 92.

Im weiteren Verlaufe war blos der Inhalt einiger Bläschen blau verfärbt worden, während die umgebende Röthung gesättigter erschien.

Die von dieser Metamorphose nicht betroffenen Papeln blieben kurze Zeit unverändert, späterhin schwand ihr seröser Inhalt und ihre Hülle ward zur Schuppe. Die Haut an der inneren und vorderen Seite der unteren Extremitäten ward bei weitem der bedeutendste Sitz der bläulich verfärbten Bläschen. Ihr weiteres Schicksal gestaltet sich in der Weise, dass indem ihr flüssiger Inhalt sich verminderte ihre Hülle napfförmig wurde, um schliesslich macerirt zu schwinden und einem Geschwürchen Raum zu machen, dessen Grösse gleichkam dem ursprünglichen Knötchen, dessen Grund von schmutzig bläulicher Farbe bedeckt blieb von den Resten des nekrotischen Hautgewebes. Die Röthung der Haut machte dabei lebhafte Fortschritte, die Berührung derselben wird schmerzhaft und zeigt erhöhete Resistenz der ergriffenen Partien.

Die genannten Erscheinungen auf ihrem Höhepunkte machten den Eindruck als ob sie entstanden wären durch viele kleinkolbige Glüheisen. Die nekrotischen Fetzen am Grund der Geschwürchen wären dann der Effect der Verbrennung, während die sie umgebende Röthe der Haut als entzündliche Reactionserscheinung ihre Deutung fände.

Ich kann nicht umhin hinzuzufügen, dass das Allgemeinbefinden der Patientin sich keineswegs änderte. Das Fieber besteht, obzwar die Temperatur 38·3° nicht übersteigt.

Sechs Tage nach geschehener Umstaltung der Papeln in Bläschen stellen sich die letzteren als Geschwürchen von verschiedener Grösse dar, welche zusehends mit jedem Tage an Dimension gewannen und zwar in so weit, bis deren geröthеter sie umgebender Hof mit vom Geschwüre occupirt ward.

Grund und Ränder der Geschwüre waren uneben, bedeckt von einem trüben eiterigen, nur mit Schwierigkeit ablösbaren Exsudat, das aus dem nekrotisch gewordenen Hautgewebe entstanden ist.

Bei dem Anblick der jammervollen Patientin konnte jeder Unbefangene berechtigter Weise aussprechen: die gesetzten Veränderungen seien das Ergebniss verfallender gummöser Infiltrate, wobei blos die enorme Anzahl derselben einem verhältnissmässig so geringen Hautgewebe einiges Befremden wachrufe.

Den 15. Jänner 1876. Die Geschwüre sind von Thalergrösse. Das Allgemeinbefinden hat sich in etwas zum Vortheile der Kranken gebessert; das Gefühl des Schwachseins ist geringer. Obzwar das Geschwür an den Geschlechtstheilen die nämliche Grösse beibehielt, wie sie Eingangs beschrieben wurde, erscheint es gereinigter, indem dessen Ränder von lebhaft rothen Granulationen überwuchert erscheinen und blos dessen Mitte von gangränösen Fetzen eingenommen ist.

Stufenweise besserte sich der Zustand täglich. Die Temperatur sank bis auf 37·8; die lang vermisste Appetenz trat ein, die Anämie begann zu weichen und sämmtliche Hautgeschwüre von ihren Rändern aus zu vernarben, indem ihre Basis zugleich mit einer reinen zu wahrer Gewebsbildung tendirenden Zellenvegetation in Gestalt rosiger Granulation sich ausgefüllt hatte.

Am 27. März war das Geschwür an den Nymphen mit Hinterlassung einer uneben ausgedehnten Narbe geheilt. Am 3. April konnte man das erste Mal an den vorderen Gaumenbögen Plaques constatiren, indem ich auch hier gleichzeitig hinzuzufügen nicht umhin kann, dass während des ganzen Krankheitsverlaufes bis nun noch gar keine Veränderung in der Schleimhaut gesetzt wurde. Am 9. April führte Patientin Klage über Schmerz in der Gegend des Kreuzbeines, der längs des ischiadischen Nerven sich fortpflanzte und täglich an Heftigkeit gewann. Die geringsten Beschwerden hievon hatte die Kranke Vormittags; ungefähr 3 Uhr Nachmittags war er bedeutender, steigerte sich mächtig und erreichte seinen Höhepunkt des Nachts.

Selbst nach Application von Morphium in subcutaner Weise hörte Patientin um diese Zeit zu stöhnen und jammern nicht auf.

Mit dem Erscheinen der genannten Schmerzen hielt das Auftreten des Fiebers gleichen Schritt. Temperatur 38°—38·7°, Puls zwischen 100—120. Gegen die Obstruction wird Ricinusöl ordinirt. Am 27. April die Schmerzen bedeutend geringer und am 12. Mai ward notirt, dass Patientin drei Tage schmerzfrei zubrachte. Während der Neuralgien war die Hyperästhesie der Haut an der äusseren Fläche der Oberschenkel am ausgeprägtesten.

Anschliessend an das weitere Schicksal der aus den Knötchen entstandenen Geschwüre muss ich in Erinnerung bringen, dass dieselben zumeist am Ober- und Unterschenkel, bei weitem geringer an Zahl und Grösse am Stamme sich vorfanden. Die Haut des Oberarmes trug nur einzelne Papeln, schon zahlreicher waren sie am Nacken und insbesondere an der Grenze des Haarbodens zu finden und erreichten hier nahezu die Grösse eines $^1/_2$ Frankstückes.

Mit der Vernarbung wucherten die Granulationen derart üppig und überragten derart das Niveau der sie umgebenden normalen Haut, dass man zum Lapisstifte Zuflucht nehmen musste. Eben dieses übermässige Hervorschiessen der Granulationsgewebe bildete die Ursache, dass an Stelle der Geschwüre sogenannte hypertrophische Narben entstanden. Die Grösse der Narben entsprach durchwegs der ursprünglichen Geschwürsdimension, so dass die grössten an der Haut der unteren Extremitäten, die kleinsten und am wenigsten prominenten am Stamme sich vorfanden.

Auf den ersten Blick sahen diese Narben dem sogenannten Keloides spurium nicht unähnlich. Der am höchsten gelegene Punkt einer jeden Narbe war an Stelle des ursprünglichen Geschwürcentrums getreten, von deren unterer Oberfläche Fortsätze in die normale Haut hineinragten, während die dunklere Farbe und geringere Consistenz von den gewöhnlichen Narben sie unterschied.

Es ist selbstverständlich, dass die grösseren Geschwüre auch längerer Zeit zu ihrer Vernarbung bedurften, ich wiederhole jedoch, dass ausnahmslos überall hypertrophische Narben dort entstanden, wo das ursprüngliche Knötchen seine Umwandlung in ein Bläschen mit nachfolgendem Geschwürchen erlitt.

Kaum war die Vernarbung beendigt, als auch schon einzelne Narben zu verfallen begannen, demzufolge neuerdings Geschwüre entstanden von Grösse der Narben. Ihre Heilung dauerte nicht unbeträchtliche Zeit und schliesslich entstanden noch ausgeprägtere hypertrophische Narben. Weitere syphilitische Erscheinungen treten von da ab weder auf den Schleimhäuten noch auf der Haut auf. Trotzdem hielt sich die Kranke bis zum 4. Jänner 1877 im Spitale auf.

Ich habe nur noch zu berichten, dass mit der Besserung des Verdauungsvermögens die Kranke sichtbar sich kräftigte und um die genannte Zeit ihr frisches Aussehen den Eindruck machte, als ob sie nie ernstlich krank gewesen wäre.

Dank der freundlichen Zuvorkommenheit des Prim. Dr. Rozański erfuhr ich, dass der Bräutigam des Mädchens auf der Station für syphilitisch kranke Männer gelegen und nur an einigen mässig feuchten breiten Condylomen an den Geschlechtstheilen und den Gaumenbögen, kurzum leicht syphilitisch erkrankt gewesen war.

Ich habe hinsichtlich der Dyskrasie an der Kranken nichts Schlagendes zu finden gewusst, es sei denn, dass etwa, wie ich bereits anführte, die in den Jugendjahren überstandenen Wechselfieberanfälle als solche in Rücksicht zu nehmen wären. Die Erwägung jedoch, dass eine überwiegende Mehrzahl von Syphilitischen, welche wechselfieberkrank waren, jene schweren Zufälle nicht zu erdulden hatten, der Umstand ferner, dass Fiebergegenden auch nicht zugleich Seuchenherde schwerer Syphilisformen sind, wie auch schliesslich die Widersinnigkeit der Annahme,

dass eine Cachexie 16 Jahre lang verborgen schlummerte, entwinden den Partisanen der Blutbeschaffenheit ihre Anhänger. Es ist übrigens aus dem Krankheitsverlaufe der Patientin ersichtlich, dass noch ein Umstand zu Gunsten der Theorie einer „attaquirten“ Körperanlage spricht. Sie hatte nämlich im 22. Jahre Efflorescenzen am Gesicht wie an den Extremitäten gehabt, wobei es nicht möglich ist auszuschliessen, ob nicht irgend ein Zusammenhang mit Scrophulose bestand. Beweisen lässt sich jedoch dieses nicht, zumal bei der ersten Präsentation der Kranken sich durchaus nichts Krankhaftes vorfand.

Der Phagedänismus jener schrankenlos sich ausbreitenden Geschwüre unter gleichzeitigem Gangränesciren ihrer Lagen ohne jede äussere Schädlichkeit spricht laut und beredt für eine Blut-Dyskrasie. Aber welcher? Einer wie beschaffenen?

Mit ehrlicher Absicht zog ich alle möglichen Verdachtsursachen der Dyskrasie herbei, um den bösartigen Verlauf deuten zu können und obwohl ein lebhafter Anhänger Benekischer Anschauung, gestehe ich freimüthig, in unserem Falle nichts hiefür Zwingendes gefunden zu haben.

Die Temperatursteigerung sowohl vor dem Ausbruche der Exantheme als auch vor jedesmaliger Metamorphose der Efflorescenzen gehört gleich dem keineswegs häufigen Vorkommen des Phagedänismus bei indurirten Geschwüren gewiss auch zur Bösartigkeit der Syphilis. Fände sich auch Jemand, der aus den gegebenen Daten die Natur eines syphilitischen Ausschlages in Zweifel ziehen, irgend ein acutes fieberhaftes Exanthem in Combination bringen würde und in unserem Falle die specifische Erkrankung in Abrede stellte, so sichern andererseits die Plaques an den Gaumenbögen unabänderlich die Richtigkeit meiner Diagnose.

Wenn auch die consequente Erneuerung des Fiebers ein überaus seltenes Vorkommniss bei syphilitischen Erkrankungen ist, so bietet ein ab und zu auftretendes Fieber bei Syphilitischen nichts Ungewöhnliches. Güntz gibt an, dass 20% von syphilitisch Kranken fiebern und Fournier nimmt namentlich bei Weibern noch einen höheren Percentsatz an.

Hinweisend auf die in Geschwüre zerfallenden Knötchen kann ich nicht unerwähnt lassen, dass in einer gewissen Phase der Erkrankung die Veränderung an der Haut mit der sonst als Impetigo

syphilitica bezeichneten Form identisch war. Die Bezeichnung Impetigo rodens, wie sie Fournier vorschlägt, passt auf die weiteren Veränderungen unserer Erkrankung. Der genannte Autor führt als Unterschied der Impetigo rodens und der gemeinhin als Impetigo bekannten Form insbesondere die schon in der Begriffsbezeichnung selbst gelegene Tendenz zur Destruction an, die sich nicht blos auf die Gewebe des Entstehungsortes beschränkt, sondern stets Neigung hat auf die nachbarlichen Theile zu übergreifen. Auch in unserem Falle waren die Geschwüre bedeutend; denn über Thalergrösse konnte ihre Tiefendimension nach der Vernarbung nicht mehr erschlossen werden, da noch dazu die Narben, wie ich bereits erwähnte, hypertrophisch hervorragten. Aber auch die Narben waren weiteren Veränderungen unterworfen. Anfänglich von brauner Farbe wurden sie stets dunkler als die sie umgebende normale Haut; sich weiters stets abflachend nahmen sie schliesslich sogar eine concave Form an, wobei aber ihre Oberfläche stets uneben blieb. Noch während des Spitalaufenthaltes der Kranken waren diese Veränderungen sichtbar und gegenwärtig sind sie noch ausgesprochener. Der weitaus grössere Theil der Narben an den Ober- und Unterschenkeln jedoch blieb ungeändert.

Zum Schlusse sei es nur gestattet ein paar Worte die Therapie betreffend hinzuzufügen. Nach Massgabe der über das Wesen der Krankheit herrschenden Ansichten sind auch die zur Heilung betretenen Wege verschieden.

Die Einen macht das zeitliche Darreichen der Mercurpräparate besorgt, die Anderen versprechen sich von ihnen, schon während des Bestehens des Geschwüres dargereicht, Erspriessliches, wieder Andere thun ihr Bestes den Körper zu kräftigen und empfehlen das Hg erst als Waffe gegen den schon minder gefährlichen Feind. Ergibt sich als Facit der pathologischen Beobachtung die Thatsache, dass der erschöpfte Organismus die einzige Ursache der bösartigen Syphilis ist, so haben wir auch für unsere Handlungsweise eine gebundene Marschroute in den allgemeinen hygienischen Grundsätzen vorgeschrieben: dem Elenden Aufbesserung seiner misslichen Lage, dem moralisch Gesunkenen ein tröstendes Wort, dem Wüstling Mässigung etc. kurzum das ewig wahre „Cessante causa“ und erst hierauf Quecksilber oder Jod oder auch beides zugleich, wie es sich Ory lobt.

Miliaria-Ausschlag in Folge von Berührung mit rohem Spargel (Asparagus officinalis).

Von

Dr. J. Edmund Güntz

in Dresden.

Ich hatte Gelegenheit die Entwicklung einer ausgebreiteten Miliaria zu beobachten, welche durch die Berührung mit rohem Spargel entstanden war. In einem grossen Restaurant war die Schwester des Besitzers zur Spargelzeit ausschliesslich damit beschäftigt, die Stangen des rohen Spargels zu putzen und für die Küche zu bereiten. Das Fräulein war 40 Jahre alt, von bleicher Hautfarbe und leidlicher Körperentwicklung, reichlichem Fettansatz und nicht blühendem Aussehen, mit jenem grauweissen Teint, wie er meist bei Köchen zu finden ist; die Haare waren dunkelblond, die Augen graublau. Die jüngere Schwester der Patientin war vor einigen Jahren, ein Jahr nach dem Wochenbette an acuter Tuberculose mit Hämoptyse gestorben, nachdem sie bis kurz vor dem Tode als frühere Besitzerin des Restaurants ebenfalls in der Küche beschäftigt war. Es leben noch ausserdem drei Geschwister, annähernd 50 Jahre alt, eine ältere Schwester, welche 52 Jahre alt ist und zeitweilig an Bluthusten leidet, und zwei Brüder, welche noch nicht ganz das 50. Jahr erreicht haben und als Köche und Restaurateure kräftige, robuste Leute sind.

Die Patientin hatte also zur Spargelzeit in einem besonderen Raume täglich von Früh bis Abends unausgesetzt grosse Mengen Spargel geputzt, so dass sie viele grosse Körbe mit dem zubereiteten Gemüse um sich stehen hatte. Die Atmosphäre in dem Raume war durchdringend intensiv aromatisch, und in den Augen etwas Stechen verursachend sowie anfangs für den Ungewohnten zum Niesen reizend. Dieses Spargelaroma war namentlich dadurch so intensiv geworden, dass die kleineren Spargelstangen zu sogenanntem Spargelgemüse, zu kleinen Stückchen zerschnitten worden waren, wobei viel Saft ausfloss und durch die raschen Bewegungen beim Schneiden in Stückchen in die Umgebung fein zerstäubt gespritzt wurde.

Die Kranke hatte in früheren Jahren ebenfalls öfters Spargel zubereitet, jedoch bisher nie eine Hautaffection davongetragen, litt überhaupt nie an irgend welchen chronischen Hautaffectionen.

Der Status praesens der Haut ergab von den Händen aus bis herauf an die bei der Beschäftigung entblösst getragenen Oberarme eine diffuse Röthe und mässige Schwellung, mit unzähligen Miliariabläschen, deren jede mit dunklerem Hofe umgeben war. Das Exanthem war ungefähr in der Art entwickelt, wie es bei hochblonden oder rothhaarigen Menschen leicht nach Einreibung mit grauer Salbe zu entstehen pflegt. Die Innenflächen der Hände waren von Spargelsaft sehr durchtränkt und erweicht; die Haut wie bei Waschfrauen während des Waschens in Falten erhoben, ohne Ausschlag. Die Haut des Gesichts bis herab zum Hals, bis zu der Stelle des engen und hoch heraufgehenden Oberkleides, war leicht geröthet und geschwellt, mit einzelnen Bläschen besetzt; die Augenlider stärker geröthet, chemotisch geschwellt, die Stirn bis zu den Haaren und Ohren geröthet und mit sparsamen Bläschen besetzt. Starke Conjunctivitis. — Das Allgemeinbefinden bis auf die Schmerzen und etwas Schnupfen mit häufigem Niesen war nicht gestört.

Die Kranke setzte ihre Beschäftigung aus. Das Uebel war nach einigen Tagen ohne besondere Therapie von selbst geheilt. Als sie die Beschäftigung wieder aufnahm, bei welcher sie die Gewohnheit hatte, von Zeit zu Zeit in die grossen, mit Spargel gefüllten Körbe bis über die Ellbogen hineinzugreifen und die Spargelstückchen umzurühren, zeigte sich wieder leichte Röthe an den Armen, doch kam es nicht wieder zur Miliariabildung. Eine andere weibliche Person, die gleichzeitig mit Spargel beschäftigt war, blieb gesund.

Im folgenden Jahre hatte die hier beschriebene Patientin das Putzen des Spargels wieder vorgenommen. Diesmal hatte sie an den Armen und im Gesichte nur leichte Röthe ohne Ausschlag und war nicht genöthigt, ihre Beschäftigung auszusetzen. In den folgenden Jahren blieb sie von jeder Affection verschont. Die Tochter der Schwester von unserer Patientin, ein blondes 16 jähr. Mädchen, war angeblich früher von einem ähnlichen Bläschenausschlag befallen worden, so dass sie das Spargelputzen nicht fortsetzen konnte.

Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten.

Von

Prof. **Pick** in Prag.

Bald nach dem Bekanntwerden der specifischen Wirkung des Jaborandi auf die Secretion der Schweissdrüsen ist es mir wünschenswerth erschienen, seine therapeutische Verwendung bei verschiedenen Dermatosen, insbesondere bei solchen, die mit einer mangelhaften oder veränderten Schweisssecretion einhergehen, einer eingehenden Prüfung zu unterziehen.

So lange jedoch nur das Jaborandi mit seinen unangenehmen Nebenwirkungen zur Verfügung stand, musste ich von einer ausgedehnten Anwendung des Mittels Umgang nehmen, weil ein Erfolg bei chronischen Hautkrankheiten, wenn überhaupt, gewiss erst nach längerem Gebrauche zu erreichen war, es jedenfalls erst dann gestattet war, sich ein Urtheil zu bilden, die Kranken aber eine fortgesetzte Anwendung des Mittels nicht vertrugen, oder doch entschieden verweigerten.

Anders gestaltete sich das Verhältniss, nachdem uns Weber (Centralblatt 1876 Nr. 44) mit dem von Merk aus dem Pernambuco-Jaborandi dargestellten Alkaloid, dem Pilocarpin bekannt machte.

Nachdem einige Versuche mit dem alsbald von Merk bezogenen Pilocarpinum muriaticum im Allgemeinen mit den Angaben Weber's u. A. übereinstimmende Resultate geliefert haben und bei vorsichtiger Dosirung die unerwünschten Nebenwirkungen mit Ausnahme der erheblich gesteigerten Speichelsecretion ver-

mieden werden konnten, wurde von da an das Pilocarpinum muriaticum, später auch das Pilocarpinum purum und salicylicum sowie endlich das Pilocarpinum valerianicum durch einen Zeitraum von mehr als $2^1/_2$ Jahren in einer langen Reihe von Fällen in Anwendung gezogen.

Angewendet wurde das Pilocarpin, wenn ich von der Syphilis absehe, bei Prurigo, Psoriasis, Eczema, Pruritus cutaneus, Urticaria chronica, Alopecia areata, Trichoptilosis, Alopecia pityrodes, Akne, Hyperidrosis, Pemphigus chronicus und Lichen exsudativus ruber.

Im Nachfolgenden werde ich über die Resultate bei einzelnen Krankheitsformen berichten.

Wie ich schon eingangs erwähnte, bin ich von vorneherein von der Ansicht ausgegangen, dass es sich bei den chronischen Dermatosen weniger um die Erzielung augenblicklich starker Wirkungen, als vielmehr um eine dauernde Beeinflussung der secretorischen Hautthätigkeit handeln werde. Dem entsprechend wurde das Mittel in verhältnissmässig niedriger Dosis (0·01 Grm.) in wässeriger Lösung, und zwar zumeist innerlich in Tropfenform verabreicht. In Fällen, wo reichlicheres protrahirtes Schwitzen angezeigt schien, wurde die Dosis 2mal des Tages, und zwar Morgens und Abends, während sich der Kranke im Bette befand, verabfolgt. Wo diese Wirkung nicht beabsichtigt wurde, liess ich den Kranken die Tropfen 1—2mal des Tages ausserhalb des Bettes und in der warmen Jahreszeit auch bei Bewegung im Freien nehmen. Bei Kranken, die sich auf der stationären Klinik befanden, wurden jedoch zumeist subcutane Injectionen gemacht. Es erwies sich zweckmässig, die Tropfen 1—2 Stunden nach dem Frühstück und ebenso längere Zeit nach der Abendmahlzeit nehmen zu lassen. Morgens nüchtern genommen erzeugten die Tropfen leicht Uebelkeiten.

Bevor ich über die Erfolge bei den einzelnen Krankheitsformen berichte, habe ich Einiges über die Methode und die Dauer der Anwendung und der bei derselben beobachteten Allgemeinwirkungen anzuführen. Zunächst habe ich bestätigend zu erwähnen, dass die Wirkung stets eine prompte war und das Mittel trotz mannigfacher individueller Vorkommnisse niemals vollständig versagte. In den meisten Fällen trat bei täglich zweimaliger Verabreichung des Mittels zu 0,01 Grm. pro dosi, innerlich in Tropfen-

form, zuerst die Speichelsecretion auf, und war erst nach 4 bis 5 Minuten von vermehrter Schweisssecretion gefolgt. In einigen Fällen trat die Schweisssecretion früher ein und war erst nach 5—10 Minuten, in zwei Fällen erst nach 20 Minuten von erheblicherer Speichelsecretion gefolgt. In acht Fällen ambulatorischer Behandlung war bei starker Speichelsecretion das Schwitzen ganz ausgeblieben oder doch ganz minimal. In sechs Fällen trat profuse Schweisssecretion bei minimaler Speichelsecretion auf.

In allen Fällen, in denen das Mittel anfangs eine starke Wirkung hervorgerufen hatte, wurde dieselbe nach mehrwöchentlichem Gebrauche gewöhnlich nach 3—4 Wochen wesentlich geringer, so dass zur Erzielung derselben Wirkung die Gabe erhöht werden musste. Dieselbe Gabe zeigte sich wieder wirkungsvoll, wenn mit der Verabreichung des Mittels einige Tage (es geschah dies gewöhnlich durch acht Tage) ausgesetzt wurde. Dieser Umstand ist besonders zu beachten für Fälle, bei denen sich die Anwendung des Mittels auf viele Wochen oder Monate ausdehnen soll. Man ist dadurch im Stande, ohne die Gabe zu erhöhen, lange Zeit ergiebige Wirkung zu erzielen.

Ein wesentlicher Unterschied in der Reihenfolge der secretorischen Erscheinungen ergab sich zuweilen, je nachdem das Mittel innerlich oder subcutan eingeführt wurde. Bei 30 Individuen, die ich auf diesen Umstand hin besonders prüfte, ergab sich 21mal, dass bei innerlicher Anwendung zuerst vermehrte Speichelsecretion und dann erst vermehrter Schweiss auftrat, während bei subcutaner Einverleibung zuerst Schwitzen und dann Speichelfluss erfolgte, wobei jedoch beide Erscheinungen in zeitlicher Folge näher aneinander rückten, bei den übrigen Individuen ergab sich als constantes Resultat, dass bei beiden Applicationsarten zuerst Speichelfluss eintrat.

Ein stärkeres oder früheres Auftreten von Schweiss um die Einstichstelle habe ich niemals beobachtet, vielmehr gilt als fast constante Erscheinung, dass das Schwitzen zuerst auf Gesicht und Stirne auftritt und sich von da, mit besonderer Intensität in der Achselhöhle, den Beugeseiten der Gelenke und Innenfläche der Extremitäten, nach abwärts verbreitet. Einen wesentlichen Einfluss übte der längere Gebrauch des Pilocarpins auf die Einölung der Haut und den Haarwuchs. Die Haut wurde weicher, geschmeidiger

und fühlte sich sammetartig an, Comedonen, Lichen pilaris, liessen sich leichter ausdrücken und beseitigen, die trockene Schuppenbildung am behaarten Kopfe verminderte sich oder verschwand vollständig; die Haare erschienen minder spröde, der frische Nachwuchs an Wollhärchen ging eine raschere Umwandlung in derbere reichlich pigmentirte Haarbildung ein. Die Secretion der Gland. cerum. und der Gland. sebac. an der Glans und dem Präputium war vermehrt.

Das Allgemeinbefinden der Kranken wurde selbst nach monatelangem Gebrauche des Mittels nicht gestört, vielmehr wurde übereinstimmend notirt, dass der Appetit gesteigert, die Ernährung gefördert wurde. Das geschah auch in jenen wenigen Fällen, wo das Mittel fast nach jedesmaligem Gebrauche, allerdings rasch vorübergehende Uebelkeiten vom Magen erzeugte.

Eine sehr häufige Erscheinung, die sich kurz nach der Application des Mittels zuweilen noch vor Eintritt der secretorischen Wirkung, gewöhnlich aber nach 10 Minuten, wenn bereits Speichelfluss und Schwitzen vorhanden waren, einstellte, bestand in abwechselndem Erblassen und Röthen des Gesichtes und der Ohrmuscheln und Schmerzen in der Temporalgegend, die als drückende, bohrende oder auch hämmernde bezeichnet wurden. In einzelnen Fällen, bei leicht erregbaren Kranken steigerten sich die Erscheinungen zu heftigen Kopfschmerzen, welche die Dauer der secretorischen Wirkungen durch längere Zeit, in zwei Fällen noch drei Stunden überdauerten.

Dem Ausbruche des Schweisses ging fast regelmässig ein Wärmegefühl voraus, welches sich allmälig über den Körper verbreitete und bis zum Eintritte des Schwitzens andauerte. Diesem Gefühl von Wärme folgte gewöhnlich ein Gefühl von Kälte, welches sich zuweilen bis zum Frösteln steigerte. Der vermehrten Speichelsecretion ging das Gefühl von Zusammenziehen im Munde voraus, das sich auch weiterhin wiederholte, worauf dann stets ein stärkerer Erguss von Speichel erfolgte.

Pilocarpin bei Prurigo.

Will man bei Prurigo über die Wirkung eines innerlich angewendeten Mittels ein richtiges Urtheil gewinnen, dann muss man sich gegenwärtig halten, dass alle hygienischen Massregeln,

die eine Einölung oder Einfettung oder selbst nur eine Maceration der Epidermis an den erkrankten Hautpartien herbeiführen, an sich geeignet sind, das Leiden wesentlich zu bessern, und dass eine Hebung der Ernährung des Kranken eine Besserung der örtlichen Zustände herbeiführt. Anderseits würde man sich in einem grossen Irrthum befinden, wenn man die häufig genug vorhandenen schlechten Lebensverhältnisse der Kranken allein verantwortlich machen wollte für den schlechten Ernährungszustand derselben. Vielmehr ist nicht zu übersehen, dass das fortwährend andauernde, den Kranken peinigende Jucken, welches sich während der Nacht im Bette besonders steigert, den Kranken um den Schlaf bringt und in Folge dessen schon seine Kräfte consumirt. Daraus folgt Abgeschlagenheit, Mattigkeit und Appetitlosigkeit, Symptome, die so lange andauern, als eben die genannten ursächlichen Momente selbst nicht behoben werden. Man reiche dem Pruriginösen die nahrhafteste Kost, ohne gleichzeitig Mittel gegen das Jucken anzuwenden, um sich gleich mir die Ueberzeugung zu verschaffen, dass man auch seine allgemeinen Ernährungsverhältnisse nicht wesentlich ändern werde, dahingegen wird eine örtliche Behandlung, die geeignet ist, sein Jucken zu mildern, rasch eine wesentliche Umwandlung nicht allein seiner örtlichen Hautzustände, sondern auch seines Allgemeinbefindens herbeiführen, wenn man ihn auch bei seiner früheren Lebensweise belässt.

Demgemäss haben wir bei unseren Kranken während der Pilocarpinbehandlung anfangs gar keine örtlichen Mittel, auch nicht Bäder angewendet und die Wirkung desselben vollkommen rein erhalten. Unter diesen Verhältnissen bleiben die objectiven, localen Symptome selbst nach vierzehntägiger Anwendung des Mittels, bei hochgradigen, xerodermatischen Zuständen und bei stärkerer Pachydermie noch nach 3, 4 bis 6 Wochen stationär.

Selbst bei einer täglich 2maligen Anwendung des Mittels zu 0·01 gr. pro dosi und gleichzeitiger Umhüllung in wollene Decken, wenn an den gesunden Körpertheilen reichliches, protrahirtes Schwitzen eintrat, war die Schweisssecretion an pruriginösen Theilen in den ersten 8—14 Tagen gar nicht vorhanden, oder nur minimal. Nach Ablauf von 14 Tagen in leichteren Fällen, insbesondere also bei Kindern unter 10 Jahren, in schweren Fällen nach Ablauf von 4, 5 bis 6 Wochen erschien auch an pruriginösen Stellen eine

dem Sitze der Krankheit an den Streckseiten der Extremitäten entsprechende Vermehrung der Schweisssecretion. Noch vor Eintritt dieser Erscheinung begannen sich die Verhältnisse an den erkrankten Hautstellen dadurch wesentlich günstiger zu gestalten, dass sich die etwa vorhandenen eczematösen Symptome sowie die Kratzaffecte zurückbildeten, die Bildung neuer Kratzeffecte immer seltener wurde und endlich gänzlich unterblieb. Diese objectiven Wahrnehmungen stimmten mit den Angaben der Kranken überein, welche schon nach wenigen Tagen der Anwendung des Pilocarpins eine wesentliche Erleichterung ihres Zustandes verspürten, indem das Jucken immer mehr abnahm, um schliesslich gänzlich zu verschwinden.

Nach weiterer mehrwöchentlicher (4—8 Wochen) Anwendung gingen in so behandelten Fällen auch die anderweitigen Krankheitssymptome, die Drüsenschwellung, die Zustände der Xerodermie und Pachydermie allmälig zurück und waren in leichteren Fällen die localen Zustände bis zur vollständigen Restitution gediehen, in schweren, inveterirten Formen bis auf die Verdickung der Haut behoben. Die kürzeste Zeit zur Erreichung dieses Zieles betrug 48 Tage, die längste 105 Tage, die mittlere Behandlungsdauer stellte sich auf 65 Tage.

Wenn man bei Beurtheilung dieser therapeutischen Ergebnisse lediglich die Besserung der localen Symptome ins Auge fasst, so kann man dieselben nicht als besonders befriedigend bezeichnen. Bei fast jeder der bisher üblichen Behandlungsmethoden hat man durchschnittlich die Beseitigung derselben in dem gleichen oder noch kürzeren Zeitraume erreicht, ganz besonders habe ich bei der auf meiner Klinik angewandten Methode (Seifenbäder, Kautschukkleid, Glycerinamylum, und wo starke Eczeme vorhanden sind, Verband mit Lithargyronsalbe) das Verschwinden der localen Krankheitserscheinungen, wie der Ausweis vom Jahre 1876 ergibt, bei einer mittleren Behandlungsdauer von 30·2 Tagen erreicht. Trotzdem musste ich mir die Frage vorlegen, ob nicht auch diese Erfolge lediglich dem Umstande zuzuschreiben sind, dass bei dem protrahirten Schwitzen der Kranken der Effect ausschliesslich diesem und der damit verbundenen, gleich einem Bade wirkenden Erweichung und Maceration der kranken Haut zuzu-

schreiben ist, mit einem Worte, ob das Pilocarpin nicht ebenso wie alle schweisstreibenden Mittel wirkt, von denen wir wissen, dass sie nur die Rolle der lauwarmen Bäder übernehmen, ohne sie deshalb in ihrer Wirkung zu erreichen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden deshalb den früheren möglichst gleichartige 10 Fälle in der Weise behandelt, dass ihnen das Pilocarpinum muriaticum in derselben Gabe verabfolgt wurde, ohne dass gleichzeitig eine Einwicklung im Bette erfolgte.

Das Resultat dieser Versuchsreihe war jedoch dasselbe, wie das der früheren. Auch hier war als erstes günstiges Symptom, das sich allerdings etwas später einstellte, das Aufhören des Juckens und damit Schritt haltend die Rückbildung der xerodermatischen und pachydermatischen Zustände der erkrankten Hautpartien erkennbar. Da unter solchen Umständen eine profuse Schweisssecretion nicht stattfand, überdies die reichlichere Schweisssecretion viel kürzere Zeit andauerte, konnte von einer Einwirkung des aus den gesunden Hautstellen an die Oberfläche gesetzten Schweisses in der Art einer Macerationswirkung auf die pruriginösen Theile nicht die Rede sein und musste deshalb die Veränderung an den pruriginösen Stellen dem directen Einflusse des Pilocarpins auf die kranke Haut zugeschrieben werden.

Nach diesen Ergebnissen konnte ich darangehen, eine combinirte Behandlung einzuleiten; ich konnte zu der Anwendung des Pilocarpins gleichzeitig die bisher günstig wirkenden örtlichen Verfahrungsweisen hinzugesellen und durfte erwarten, damit den zeitlichen Erfolg wesentlich zu steigern. In dieser Erwartung wurde ich nicht getäuscht. In einer dritten Reihe von 12 Fällen wurde neben der Anwendung von Pilocarpinum muriaticum in gleicher Gabe wie bei den früher angeführten Versuchen auch noch neben täglichen Seifenbädern theils Solut. Vlemingkx (4 Fälle), theils Theereinreibung (3 Fälle), theils Glycerinamylum (5 Fälle) und Einwicklung in Decken unmittelbar nach der Einverleibung des Pilocarpins in Anwendung gezogen. Unter solchen Verhältnissen schwanden die örtlichen Symptome sehr rasch, die Haut erreichte ihre Geschmeidigkeit viel schneller, das Jucken hingegen war nicht rascher behoben, denn sowie das Verfahren in der ersten Zeit durch einige Tage unterbrochen wurde, trat es in der-

selben Intensität auf, wie bei gleicher Behandlungszeit mit Pilocarpin allein.

Es steht somit fest, dass das Pilocarpin eine entschiedene Wirkung auf die pruriginöse Haut ausübt, indem es deren functionelle Thätigkeit, insbesondere die secretorische, und zwar sowohl der Schweissdrüsen als auch der Talgdrüsen steigert und durch Erhöhung des Stoffwechsels die Aufsaugung der in die Haut gesetzten Exsudate befördert. Bezüglich der Beeinflussung der Talgdrüsensecretion verweise ich auf die weiter unten folgenden Beobachtungen bei Alopecia pityrodes.

Die wichtigste Frage, die nun in Betracht kam, war die bezüglich der Dauerhaftigkeit der Heilung. Die Beantwortung dieser Frage konnte aber nur nach einer langen Beobachtungszeit geschehen, und dies war der Grund, weshalb ich mit meiner Publication bis heute zurückgehalten habe.

Ueber 9 Fälle konnte ich nach ihrer Entlassung keine Kunde erhalten.

Bei allen nun erübrigenden 23 Fällen traten im Verlaufe des auf $1^1/_2$ Jahr sich erstreckenden Beobachtungszeit Recidiven auf. Die längste Ruhepause dauerte 13 Monate, die kürzeste 4 Monate. Keine der eingetretenen Recidiven hatte jedoch die Intensität der früheren Erkrankung erreicht und stimmte es vollständig mit den Angaben der Kranken, dass sie erst seit Kurzem wieder pruriginöse Erscheinungen an sich wahrgenommen haben.

In dieser Richtung gaben 12 Fälle, welche schon wiederholt auf der Klinik in Behandlung waren, die wir also bezüglich der Zeit des Auftretens und der Intensität ihrer Recidiven beurtheilen konnten, ein günstiges Vergleichsobject mit den Verhältnissen nach der Pilocarpinbehandlung. Es ergab sich, dass die Recidive um mehrere Wochen, selbst Monate gegen früher hinausgeschoben war, und dass die Krankheit in keinem Falle die frühere Intensität erreichte. In zwei Fällen waren die Kranken nach 4 und 7 Monaten wegen inzwischen erfolgter syphilitischer Infection auf die Klinik aufgenommen worden und waren von ihrer Prurigo zur Zeit so wenig belästigt, dass wir sie erst auf die wieder eingetretene Recidive aufmerksam machen mussten.

Es ergibt sich aus dem Vorstehenden, dass zwar das Pilocarpin keine vollständige Heilung der Prurigo herbeigeführt hat,

dass es aber einen wesentlich günstigeren Effect zu erzielen im Stande war, als dies mit der rein örtlichen Behandlung geschieht. Weitere Versuche sollen uns lehren, ob nicht eine noch längere Zeit fortgesetzte Darreichung des Mittels eine noch dauerndere Beseitigung der Krankheit herbeizuführen geeignet ist, ob nicht die weiteren Recidiven immer geringfügiger werden, um endlich gänzlich zu erlöschen.

Pilocarpin bei Psoriasis.

Bei Beurtheilung der Heilwirkung eines Mittels gegen Psoriasis kommen zwei Momente wesentlich in Betracht. Einmal, dass die Krankheit einer spontanen Involution fähig ist, und zweitens, dass Bäder insbesondere Warmwasserbäder ein hervorragendes Mittel sind zur Beseitigung der augenblicklich vorhandenen Symptome. Letztere müssen daher entweder gänzlich vermieden oder doch wesentlich in Rechnung gebracht werden, wenn man nicht einer Täuschung ausgesetzt sein soll, ebenso wird der zeitliche Erfolg wesentlich davon abhängen, ob man einen Krankheitsfall in der vorschreitenden oder rückschreitenden Phase der Psoriasis zum Versuchsobjecte gewählt hat.

Nachdem sich nun bei sechs Fällen, von denen drei der ersten Periode, drei der rückschreitenden Periode der Psoriasis angehörten, bei ausschliesslicher mehrwöchentlicher (5—8 Wochen) Anwendung des Pilocarpinum muriaticum zu 0·01 pro dosi 2mal des Tages ohne irgend welche anderweitig störende Medication keine vom spontanen Verlaufe abweichende Momente hinsichtlich der Involution der Psoriasisflecke ergeben haben, konnte als feststehend betrachtet werden, dass es auch nicht geeignet ist, die bisher angewandten Mittel in ihrer Wirkung zu unterstützen. Und in der That hat eine gleichzeitige Anwendung des Pilocarpin und der als wirksam bekannten topischen Mittel keine anderen Resultate ergeben, als die alleinige Anwendung der letzteren.

Es erübrigte also noch zu erproben, ob das Pilocarpin bei seiner notorischen Beeinflussung der functionellen Hautthätigkeit nicht im Stande wäre, die Recidiven der Psoriasis hintanzuhalten oder doch wenigstens hinauszuschieben. Zu diesem Zwecke wurde das Pilocarpin in den genannten Fällen und ausserdem noch bei 19 weiteren, daher im Ganzen bei 25 Psoriatikern nicht allein

während der Behandlung der eben vorhandenen Krankheitssymptome, sondern noch über diese Zeit hinaus, nachdem alle örtlichen Symptome geschwunden waren, im Mittel durch 6 Wochen verabfolgt. Leider müssen wir berichten, dass die Recidive noch während des Gebrauches des Mittels eintrat und dass in solchen Fällen auch die Steigerung der Dosis auf 0·02 keine Aenderung in der Entwicklung .und dem weiteren Verlaufe herbeizuführen geeignet war.

Pilocarpin bei Eczem.

Die Wirkung des Pilocarpins bei Eczem erwies sich bei verschiedenen Formen wesentlich verschieden. In drei Fällen von Eczem des Gesichtes, das sich im Stadium des Nässens befand, übte es einen nachtheiligen Einfluss. Das Nässen wurde immer stärker und der Process gewann an Ausdehnung sowohl an der Peripherie der schon erkrankten Hautstellen, als auch durch eczematöse Erkrankung anderer, von den früheren weitabliegenden Stellen, besonders solcher, an denen eine stärkere Schweisssecretion hervorgerufen wurde, so besonders an der Schenkelfalte und an der inneren Schenkelfläche. Dieselben nachtheiligen Folgen sahen wir bei zwei Fällen von universellem acutem Eczem eintreten, das unter Anwendung von Streupulvern schon abgeblasst war und nur noch leichte Abschuppung darbot. Nachdem die Kranken zwei bis drei subcutane Pilocarpininjectionen erhalten hatten, entstand unter der Einwirkung des Schwitzens neuerdings Nässen. Diese übrigens nicht unerwarteten Ergebnisse, welche nur die Erfahrung bestätigten, dass in derlei Formen jede Maceration durch Bäder, Waschungen etc. nachtheilig wirkt, veranlassten mich, weitere Versuche nach dieser Richtung zu unterlassen, und die Anwendung des Pilocarpins auf solche chronische Fälle zu beschränken, welche nach Ablauf der ersten Stadien mit mehr oder weniger starker Verdickung des Corions sowie gewöhnlich mit bedeutendem Jucken einhergehen und sich als äusserst hartnäckig erweisen. Hier leistete das Pilocarpin vorzügliche Dienste, indem sich unter seiner Anwendung das Jucken wesentlich milderte und die Infiltration der Haut viel rascher zurückbildete. Drei Fälle von Eczema haemorrhoidale kamen auf diese Weise zu

vollständiger Heilung, nachdem sie früher durch Jahre jeder anderen Behandlung getrotzt hatten.

Dennoch gestatte ich mir bezüglich der Pilocarpinbehandlung bei Eczemen kein endgiltiges Urtheil, indem ich mir eine weitere Prüfung vorbehalte.

Pilocarpin bei Pruritus cutaneus.

Meine Erfahrungen über den Einfluss des Pilocarpins bei Pruritus cutaneus beziehen sich vorläufig auf nachfolgende vier Fälle. In zwei Fällen von Pruritus senilis wurde Heilung erzielt.

Diese zwei Fälle betrafen Männer von 65 und 72 Jahren, bei welchen die Krankheit eine universelle Ausbreitung gewonnen und seit mehr als zwei Jahren mit allmälig zunehmender In- und Extensität bestanden hatte. Nachdem vergeblich verschiedene Mittel innerlich und äusserlich angewandt worden waren, unter denen sich das Tragen des Kautschukkleides und kalte Bäder noch am wirksamsten erwiesen hatten, erzielten wir schon nach den ersten subcutanen Injectionen von Pilocarpinum muriaticum (0·02 pro dosi) eine derartige Milderung des Juckens während der folgenden Nacht, dass die Kranken mehrere Stunden ruhigen Schlafes genossen haben. Gegen Morgen stellte sich das Jucken wieder ein, war im Laufe des Tages bei Bewegung des Kranken im Freien erträglich, um Abends neuerlich in der früheren Heftigkeit aufzutreten. Die subcutane Pilocarpininjection verschaffte dem Kranken wieder wesentliche Erleichterung, so dass auch während der nächsten Nacht durch mehrere Stunden ruhiger Schlaf sich einstellte. Da das Jucken des Morgens wieder eintrat, wurden weiterhin Injectionen 2mal des Tages vorgenommen. Der Effect war jedesmal der, dass das Jucken für einen Zeitraum von mehreren Stunden gänzlich aufhörte oder doch bedeutend verringert wurde. Die Therapie wurde nun in gleicher Weise durch 14 Tage fortgesetzt, während welcher Zeit die Ruhepausen immer länger wurden, so dass von jetzt an wieder nur Abends Injectionen gemacht werden konnten. Die Kranken hatten sich physisch und moralisch wesentlich gekräftigt, obwohl in dem einen Falle fast nach jeder Injection Uebelkeiten und Brechneigung erfolgten. Nach Verlauf von weiteren 4 und 6 Wochen, nachdem die Kranken durch 8 Tage keine Injectionen mehr erhalten hatten, wurden sie

aus der Behandlung entlassen. Bezüglich des einen Kranken, eines 72jährigen Lederhändlers habe ich erfahren, dass er sich bis etwa ein Jahr nach seiner Entlassung vollkommen wohl gefühlt habe und an einer angeblich durch Erkältung entstandenen, rasch verlaufenen Pneumonie gestorben sei. Der zweite Kranke, ein pensionirter Beamter ist bis heute, 20 Monate nach seiner Entlassung, von Pruritus vollkommen verschont geblieben.

Leider gilt nicht dasselbe von einem dritten Falle, einem 60 Jahre alten Schullehrer, bei welchem der nunmehr universelle Pruritus vom Scrotum ausgegangen ist. Zwar hat das Pilocarpinum muriaticum anfangs durch einen Zeitraum von drei Wochen die Krankheitssymptome wesentlich gemildert, hat sich aber von da an trotz äusserster Consequenz des Kranken, der das Mittel innerlich wiederholt durch mehr als 6 Wochen genommen hat, als wirkungslos erwiesen.

Wesentlich günstigen Erfolg erzielten wir bei einer Frau, die nach der letzten Entbindung an Pruritus vulvae. zu leiden begann und vier Monate später in Behandlung kam. Wir fanden starkes Oedem der Labien, bedeutende Kratzeffecte sowie Erosionen am Scheideneingange und um das Orificium urethrae. Mässige, schleimig eitrige Secretion der Vagina und des Cervicalkanales, Muttermund quergestellt, erodirt, gekerbt, Schleimhaut der Portio mit zahlreichen punktförmigen Erosionen versehen. Keine Albuminurie.

Patientin bekam zunächst kalte Sitzbäder, Einlage von Alauntamponen, abwechselnd mit Tanninglycerintamponen und an die Labien eine Lethargyronsalbe. Während des Bades und einige Zeit nach der Application der Salbe hatte Patientin Ruhe, die jedoch nicht lange anhielt. Während der Nacht riss Patientin den Verband ab und verursachte sich intensive Kratzeffecte. Nun wurden zweimal des Tages im Bette je 0·01 Gr. Pilocarpinum muriaticum subcutan injicirt, nach welchen ausgiebige Speichel- und Schweisssecretion erfolgte. Schon nach vier Tagen war wesentliche Erleichterung eingetreten, Tags über war das Jucken minimal und auch des Nachts wesentlich gemildert, so dass Patientin mehrere Stunden ununterbrochen schlafen konnte. Unter fortwährender Besserung der örtlichen Erscheinungen, die nun auch auf das Allgemeinbefinden und die Gemüthsstimmung der Frau

günstig einwirkte, wurde die Patientin nach drei Wochen geheilt entlassen.

Pilocarpin bei Urticaria chronica.

Ich verfüge vorläufig nur über einen Fall, den ich indessen anführe, damit die Aufmerksamkeit auch auf diese Krankheit gerichtet werde.

P. N., 45 Jahre alt, Seelsorger, war mit 15 Jahren an Intermittens, mit 16 Jahren an Varicella erkrankt, seitdem bis October 1871 gesund gewesen. Zu dieser Zeit wurde er von einem Sträfling angefallen und erhielt einen Stich mit einem stumpfen Messer hinter dem rechten Ohre, verbunden mit einem heftigen Schlage an derselben Stelle. Es trat Bewusstlosigkeit ein, die jedoch bald vorüberging. Der Knochen soll nicht verletzt gewesen sein; die Stichwunde heilte bald. Seither leidet Patient, dessen amtliche Thätigkeit eine sehr angestrengte ist, häufig an Kopfschmerzen. Seit 6 Wochen zeigt sich wiederholt ohne bestimmte Veranlassung unter heftigem Jucken am ganzen Körper plötzlich ein quaddelförmiges Exanthem, das sich sehr rasch auf gerötheter Basis entwickelt und nach kurzer Zeit wieder spurlos verschwindet. In letzter Zeit erscheint das Exanthem vorzüglich im Gesichte und an den Extremitäten, besonders den unteren, wobei starkes Oedem der betroffenen Theile entsteht. Patient leidet an Schlaflosigkeit, die er hauptsächlich dem quälenden Jucken und Brennen beim Ausbruch des Exanthems, das in der Nacht besonders stark auftritt, zuschreibt. Seit 8 Tagen haben sich die Erscheinungen wesentlich gesteigert, das Exanthem hat an Intensität und Extensität zugenommen, es tritt unter Frösteln mit nachfolgendem Hitzegefühl auf, der Appetit liegt ganz darnieder.

Patient ist kräftig gebaut, gut genährt, Hautfarbe blass, Pupillen gleich weit, lebhaft auf Lichtreiz reagirend. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Abnormes, die Milz ist nicht vergrössert, die Leber nicht geschwellt, der Stuhlgang normal. Im Harn ist kein Eiweiss. Die Sensibilität der Haut nicht alterirt. Während der Kranke den Körper entblösst, wird die Haut am rechten Vorderarm und am linken Unterschenkel fleckenförmig geröthet, es entstehen grosse Quaddeln, dabei schwellen die Theile derart, dass Patient die Fussbekleidung nur mit grosser Mühe wieder anziehen kann. Anfangs ist Jucken dann Brennen vorhanden.

Nachdem verschiedene Mittel (auch Tinct. Fowleri) erfolglos angewendet wurden, verordnete ich örtlich, bei Vermeidung jeder Waschung, Einstreuungen von Amylum und Pulv. alum. plumos. āā und innerlich 2mal des Tages 10 Tropfen einer 1% igen Lösung von Pilocarpinum muriaticum. Die Gabe erwies sich stark genug, um Abends, wo die Tropfen im Bette genommen wurden, erhebliche Schweisssecretion und öfters so bedeutenden Speichelfluss zu erzeugen, dass Patient, der gewöhnlich bald nach dem Einnehmen einschlief, beim Erwachen den Kopfpolster vom Speichel durchnässt fand. Sofort traten die Erscheinungen viel seltener und nie mehr mit so starkem Oedem auf. Patient konnte nun ruhiger schlafen; sein Appetit nahm zu. Nach acht Tagen blieben die Erscheinungen aus und sind seither (2 Monate) nicht wiedergekommen.

Pilocarpin bei Alopecia areata, Trichoptilosis barbae, Alopecia pityrodes.

Die im Verlaufe der Versuche mit Pilocarpin wiederholt gemachte Beobachtung, dass nach längerem Gebrauche des Mittels die Haut im Allgemeinen weicher, geschmeidiger und besser eingeölt erscheint, dass an den Stellen, wo Talgdrüsen zahlreicher vorkommen und mächtiger entwickelt sind, wie besonders am Sulcus glandis und an den Schamlippen, eine reichlichere Sebumabsonderung nachgewiesen werden konnte, endlich die Beobachtung, dass unter diesen Verhältnissen ein üppigeres Wachsthum der Haare auftrat, mussten dazu aufmuntern, das Pilocarpin bei den oben angeführten Krankheiten anzuwenden.

Ich habe deshalb in vier Fällen von Alopecia areata, in einem Falle von Trichoptilosis barbae das Pilocarpin in kleinen Dosen zu 0·005—0·010 ein- bis zweimal des Tages verordnet. — In einem Falle bei einem $^{7}/_{4}$ Jahre alten Knaben, der mit starkem, dunkelpigmentirtem Haarwuchs zur Welt kam, erfolgte nach Ausfall der Haare in den ersten Lebensmonaten kein Nachwuchs, so dass das Kind mit 5 Monaten vollkommen kahl wurde. Die anamnestischen Daten ergaben, dass die Mutter, 27 Jahre alt, bereits starke Canities darbot, dass der Grossvater mütterlicher Seite mit 30 Jahren vollkommen ergraut war. Da die Untersuchung des Kindes das Vorhandensein wenn auch sehr spärlicher Wollhaare ergab, glaubte ich dennoch neben örtlichen, spi-

rituösen Waschungen das Pilocarpin versuchen zu sollen. Dasselbe wurde mit geringen Unterbrechungen durch volle 6 Monate angewendet. Leider bisher ohne den gewünschten Erfolg.

Ein zweiter Fall betraf Herrn K., Advocaten in Prag, mit Alopecia areata capillitii et barbae. In diesem Falle waren hereditäre Verhältnisse nicht nachweisbar. Patient hatte bis vor 6 Monaten einen reichlichen Haarwuchs am Kopfe und trug einen Vollbart. Zu dieser Zeit sind die Haare zuerst an der rechten Seite des Bartes in kreuzergrossen, anfangs isolirten Flecken ausgefallen, später confluirten die Flecke zu mehr als thalergrossen, kahlen Stellen, und da sich inzwischen auch allmälig an den homologen Stellen der linken Seite dieselben Erscheinungen herausbildeten, sah sich der Kranke veranlasst, den Bart zu rasiren. Ebenso entwickelten sich kahle Stellen am Kopfe, zuerst rechts hinter der Ohrmuschel, dann links an der symmetrisch gelegenen Stelle, endlich an mehreren Punkten in der Umgebung dieser Stellen. In diesem Falle wurde durch 12 Wochen Pilocarpinum muriaticum 2mal des Tages zu 0·01 pro dosi innerlich in Tropfenform angewendet. Nach 14 Tagen reichliche Entwicklung pigmentloser Wollhaare, die im weiteren Verlaufe zu kräftigen pigmentirten Haaren hervorwachsen. Im Verlaufe der Kur wurde das Mittel nach Verlauf von je 3 Wochen für 8 Tage ausgesetzt, weil sich die secretorische Wirkung verminderte.

Ein dritter Fall betraf einen Schullehrer vom Lande, der mit Alopecia areata barbae in Behandlung kam. Auch in diesem Falle ist ein ähnlicher Verlauf zu notiren, doch nahm hier die Restitution einen Zeitraum von 5 Monaten in Anspruch.

Da es bei Alopecia areata nach längerem Bestande auch zur spontanen Involution der Krankheitserscheinungen kommt, nehme ich Anstand, dem Pilocarpin allein die Heilung dieser Fälle zuzuschreiben.

Noch weniger günstig muss ich mich über die Anwendung des Pilocarpins bei Trichoptilosis aussprechen. Der Fall betraf einen sonst gesunden, kräftigen Fabriksdirector und war die Ptilosis blos auf die Haare der Oberlippe beschränkt. Trotzdem das Pilocarpin in diesem Falle öfters schon in der Gabe von 0·005 pro dosi Kopfschmerzen hervorrief, wurde es doch mit geringen

Unterbrechungen durch nahe 3 Monate genommen, ohne einen Nutzen zu bringen.

Günstiger gestalteten sich die Erfolge bei **Alopecia pityrodes**.

In 10 Fällen von Alopecia wurde übereinstimmend notirt, dass zuerst die Schuppen einen anderen Charakter annahmen. Sie wurden grösser, minder bröcklig, von öliger Beschaffenheit. Die Menge der Schuppen nahm stetig ab, die Haare erschienen nicht mehr bestäubt. Der Haarausfall wurde geringer, der Nachwuchs kräftiger und gehörig pigmentirt.

Ich habe die Ansicht gewonnen, dass wo die Krankheit nicht einen hohen Grad erreicht hat und nicht auf hereditärer Grundlage beruht, die Pilocarpinbehandlung dauernden Erfolg zu erzeugen im Stande ist. Die Fälle von Schmitz (Berl. klin. Wochenschrift 1879. 4) sind wohl auch Fälle von Alopecia pityrodes gewesen.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

1. **Moleschott.** Ueber das Wachsthum der Haargebilde des menschlichen Körpers und die damit verbundene Stickstoffausgabe. (Unters. zur Naturlehre XII. S. 187. — Ctlbl. f. Med. Nr. 49, 1879.)
2. **Drosdoff.** Ueber die Dicke der Epidermis an verschiedenen Hautstellen und ihre Beziehung zu der elektrocutanen Sensibilität. (Arch. de Physiol. S. 117. 1879. — Centralbl. f. Med. Nr. 2. 1880.)
3. **Drosdoff.** Untersuchungen über die elektrische Reizbarkeit der Haut bei Gesunden und Kranken. (Arch. f. Psych. IX. S. 203. 1879. — Ctlbl. f. Med. 3, 1880.)
4. **Tschirjew u. de Watteville.** Ueber die elektrische Erregbarkeit der Haut. (Brain, Juli 1879.)
5. **Pfleger.** Untersuchungen über die Wärmeabgabe der Haut im normalen und krankhaften Zustande. (Diss. Greifswald 1879. — Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 37. 1879.)
6. **Trümpy und Luchsinger.** Besitzt normaler menschlicher Schweiss wirklich saure Reaction? (Pflüger's Arch. Bd. 18. p. 494. — Deutsch. med. Woch. 45. 1879.)

Moleschott's Untersuchungen über das Wachsthum der Haargebilde (**1**) ergaben Aufschlüsse über folgende Punkte:

1. Ueber das in der Zeiteinheit erzeugte Gewicht an Kopf- und Barthaaren. Bei häufigem Beschneiden der Haare fand der Verf. durch über ein Jahr ausgedehnte Beobachtung an 11 Personen eine Production von im Maximum 0,28, im Minimum 0,14, im Mittel 0,20 Grm. täglich. Der Wassergehalt der Haare beträgt durchschnittlich 13,14%. Der Stickstoffverlust auf diesem Wege beträgt somit 0,0287 Grm. = 0,0615 Harnstoff.

2. **Ueber das Wachsthum der Haare im Verhältniss zum Lebensalter und zum Gewicht des Individuums.** Das tägliche Wachsthum ist zwischen 18 und 26 Jahren im Mittel 0,20 Grm., zwischen 32 und 45 Jahren dagegen nur 0,14. Mit dem grösseren Körpergewicht ist eine geringere Haarproduction verbunden, doch fiel das grössere Körpergewicht immer mit dem höheren Lebensalter zusammen.

3. Ueber den **Einfluss der Jahreszeit** wurde festgestellt, dass die Haarproduction im Sommer stärker sei, als im Winter. Die Haare haben im Sommer zwar einen höheren Wassergehalt, doch erklärt dieser den wesentlichen Unterschied nur zum kleinsten Theil.

4. Ueber den **Einfluss der Häufigkeit des Haarschneidens** auf den Haarwuchs ermittelte Verf., dass die geläufige Anschauung, wonach ein häufiges Verkürzen die Production fördere, richtig ist.

5. Ueber das **Wachsthum der Nägel.** Im Laufe eines Jahres producirte Verf. an seinen Händen 1,825 Grm., entsprechend 0,267 Stickstoff oder 0,572 Harnstoff; in einem anderen Jahre 2,086 Grm. Nagelsubstanz = 0,315 Stickstoff. Auch das Wachsthum der Nägel erfolgt im Sommer schneller.

6. Ueber die **Erzeugung der Oberhaut.** Nach einem Furunkel an der Volarseite des Fingers löste sich beim Verf. ein Oberhautlappen ab, der 75 □Mm. bedeckte, 0,125 Mm. dick war und 0,0227 Grm. wog. Der Verlust war in 34 Tagen vollständig ersetzt. Die Körperoberfläche beträgt im Mittel 1,614 □M. Nimmt man an, dass auf dieser ganzen Oberfläche sich die Oberhaut in der Dicke von 0,125 Mm. im Laufe von 34 Tagen erneuerte, so gelangt man zu einem **täglichen** Verlust von 14,35 Hornsubstanz durch die unmerkliche (? Ref.) Oberhautabschuppung. Die Quantität entspricht 2,1 Grm. Stickstoff — 4,5 Grm. Harnstoff. (Der Wiederersatz der in Folge eines pathologischen Processes abgestossenen Epidermis kann wohl nicht für physiologische Verhältnisse massgebend sein. A.)

7. Ueber den **Einfluss der Krankheit auf die Erzeugung der Horngebilde.** Verf. litt 3 Wochen an Blasenkatarrh, während dieses Monates war die Production von Haaren und Nägeln verringert.

8. In der Schlussbetrachtung weist Verf. namentlich nochmals darauf hin, dass durch die Abstossung der Horngebilde täglich $^1/_7$ des Stickstoffs, der sich im Harn findet, entfernt wird.

In dem Bestreben, die Differenzen in der Dicke der Epidermis (2) an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche mit physiologischen Gesichtspunkten und den Ergebnissen der Untersuchung über elektrocutane Hautsensibilität zu vergleichen, behandelte Drosdoff kleine der Haut Erwachsener und Kinder entnommene Hautstücke mit Osmiumsäure. Dabei verlieren die Papillen ihre natürliche Farbe nicht, das Stratum mucosum nimmt eine gelbliche Tinction an, die Hornschicht schwärzt sich. Horn- und Schleimschicht wurden besonders gemessen und zwar sowohl im Niveau der Papillen, als auch zwischen ihnen, und das Maximum wie das Minimum wurde dann für alle Körperregionen aufgesucht. — Die Dicke der Hornschicht auf den Papillen wechselt nur wenig an den verschiedenen Körperstellen (21—22 μ), mit Ausnahme der Fingerspitzen, der Hohlhand und der Sohle (0·8—1·8 Mm.); im interpapillären Raume beträgt sie 25—60 μ, an den Fingerspitzen 1·5 Mm., an Fusssohle und Hohlhand bis zu 1 Mm. Die Schleimschicht ist im Allgemeinen $1^1/_2$mal dicker als die Hornschicht, meist 25—48 μ, zwischen den Papillen ist sie oft $1^1/_2$—3—5mal dicker als die Hornschicht. — Die Unterschiede in der Dicke der Epidermis im Ganzen sind gering und hängen meist vom Stratum mucosum ab; die der Hohlhand, der Fusssohle und der Fingerspitzen aber mehr von den Verschiedenheiten der Hornschicht. Die Dicke der Epidermis ist auf der Papillenhöhe an den meisten Körperstellen 0·05—0·1 Mm., im Interpapillarraum 0·06 bis 0·15 Mm.; da wo die Hornschicht sehr dick ist, beträgt sie 0·28 Mm., an den Fingerspitzen 0·8—1·56 Mm., in der Hohlhand und an den Sohlen 0·6—1·5 Mm. Die absolute Dicke variirt je nach den Individuen, die relative bleibt immer dieselbe. — Da die Epidermisdicke auf der ganzen Körperoberfläche nicht nennenswerthe Variationen zeigt, so kann sie nach D. bei den Unterschieden der elektrocutanen Sensibilität keine besondere Rolle spielen (an den Fingerspitzen z. B. ist die Epidermis dicker, als in der Hohlhand und doch die elektrocutane Sensibilität grösser) und ebenso oft findet sich nach Verf. auch keine Uebereinstimmung in dem Verhältniss der Epidermisdicke und dem Leitungswiderstand. Weitere Untersuchungen müssen diese Fragen und Widersprüche zur endgiltigen Entscheidung bringen.

Drosdoff theilt ferner (3) seine im Wesentlichen mit Benutzung des Untersuchungsverfahrens von Leyden und Bernhardt gemach-

ten Beobachtungen über elektrische Reizbarkeit der Haut an Gesunden mit. (Inductionsstrom, Anode mit lauwarmem Wasser angefeuchtet auf das Brustbein, Kathode mit dem Metallpinsel verbunden auf die zu untersuchenden Hautstellen.) Die elektrischen Widerstände der Epidermis wurden durch galvanometrische Messungen nach der Erb'schen Methode bestimmt. Wie die anderen Autoren fand auch D. die Hautsensibilität an verschiedenen Körperstellen sehr verschieden; er unterscheidet zehn Hautregionen, an denen in bestimmter Reihenfolge die Abnahme der Intensität von der ersten an beobachtet werden kann: Antlitz-, Hals-, Oberarm-, Vorderarmzone, vordere Rumpffläche, Oberschenkel-, Rücken-, Unterschenkel-, Handzone, Fusssohle und untere Zehenfläche. Als ein Hauptergebniss seiner Forschung stellt D. den Satz auf, dass die verschiedene Sensibilität nicht durch den Widerstand der Epidermis, sondern durch den verschiedenen Grad der Erregbarkeit der Hautnerven selbst bedingt werde.

Bei Tabischen fand Verf. die faradische Hauterregbarkeit am ganzen Körper bedeutend herabgesetzt, ohne dass diese Verminderung mit den ataktischen Erscheinungen parallel ginge. Die Grenzen der elektrischen Zonen werden verwischt; die Differenz des Rollenabstandes aber zwischen leichten und Schmerzempfindungen war meist bei Tabikern nicht viel grösser, als bei Gesunden. Schmerzhafte Hyperästhesien (das Zusammenfallen minimaler mit Schmerzempfindung) fand sich an einzelnen Stellen ohne Regelmässigkeit. Die Leitungswiderstände waren übrigens bei manchen Tabischen bedeutend gesteigert. Das von Remak (Ctlbl. f. Med. 1874, S. 783) hervorgehobene Phänomen der zeitlichen Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung bei Tabischen ist nach D. nichts weiter, als eine besondere Variation der gestörten Schmerzempfindung der Haut. Diese Schmerzempfindung der Haut für den elektrischen Reiz hält Verf. für eine specifische, von anderen Hautempfindungen zu trennende, da sie sich bei Rheumatikern und Tabikern noch vorfinden kann, wenn andere Empfindungsqualitäten schon verloren gegangen sind; er benennt sie die „specifisch elektro-cutane Empfindung".

Nach der Ansicht von Tschirjew und de Watteville (4) prüft die Methode von Munk und Leyden die Sensibilität der Haut für den elektrischen Reiz als ein Ganzes, kann aber Nichts über die Sensibilitätsverhältnisse der Hautnerven selbst aussagen.

Bei derartigen Untersuchungen hat man sich zunächst von dem Umstande unabhängig zu machen, dass die wechselnde Dicke der Epidermis die Stärke des Stromes an den verschiedenen Hautstellen modificirt. Vff. fügen deshalb der Leitung eine solche Summe von Widerständen ein, dass der durch die verschiedene Dicke der Oberhaut bedingte bedeutungslos wird. So werden Widerstände von 2 Millionen Ohm'scher Einheiten (97 Ohms = 1 Siemens) in Gebrauch gezogen, denen gegenüber selbst die bedeutendsten Hautwiderstände (50.000 bis 60.000 Ohm's z. B. für die Fingerspitzen, 50—80.000 für die Fusssohle) klein genannt werden dürfen. Zweitens suchten Verff. den Einfluss des wechselnden Nervenreichthums an den verschiedenen Hautstellen dadurch zu eliminiren, dass sie die Haut durch eine constante Anzahl metallischer, von einander isolirter Spitzen, welche in ganz bestimmter Anordnung eine sich stets gleichbleibende Oberfläche einnahmen, reizten. Auf diese Weise gelangten die Verfasser zu dem Resultat, dass die elektrische Erregbarkeit der Hautnerven überall am Körper dieselbe sei.

Pfleger suchte (5) die Wärmeabgabe der Haut mittelst einer Thermosäule aus Zink-Wismuth, deren Enden nicht der Haut unmittelbar aufgesetzt wurden, sondern etwa 0·75 Ctm. von ihr entfernt blieben, zu bestimmen. An dem Strom anzeigenden Galvanometer entsprach ein Theilstrich ungefähr 1° C. Es ergab sich zunächst, dass bei gleicher Versuchsdauer (ca. 2 Min.) die verschiedenen Hautstellen verschieden stark die Galvanometernadel ablenkten, am wenigsten die Haut über der Kniescheibe (4—7), am meisten die Reg. supra- und infraspinata (14—17), Herzgegend, Wange etc. Die Hautstellen, welche dicht über Muskeln liegen, zeigten immer die stärkste Wärmeabgabe. Künstliche Blutleere (durch Constriction oder bei Thieren durch Arterienunterbindung bewirkt) setzte die Wärmeabgabe herab, ähnlich verhielt es sich bei Gangraena senilis am linken Bein im Gegensatz zum gesunden rechten. Dasselbe, nämlich verminderte Abgabe, wurde nach Einwirkung von Carbolverband und von Wasserumschlägen beobachtet; ferner in und gleich nach der Chloroformnarcose. Erhöht wurde die Abgabe durch die Bewegungen der Muskeln unterhalb der geprüften Hautstelle.

Ueber entzündeten Stellen war die Wärmeabgabe stärker, als über den symmetrischen gesunden Stellen. Endlich bei fiebernden

Menschen und Thieren war trotz der erhöhten Innentemperatur die Wärmeabgabe an verschiedenen Hautstellen häufig vermindert, seltener normal und noch seltener erhöht.

Da Luchsinger den Schweiss der Katzenpfote von alkalischer Reaction gefunden hatte, prüfte er im Vereine mit Trümpy (6) auch den menschlichen Schweiss noch einmal auf seine Reaction. — Fährt man sich mit einem Stückchen Lackmuspapier über die Haut der Stirn, Nase, Brust, Arme etc., so zeigt sich das Papier, auch bei fehlender Schweisssecretion, stets lebhaft geröthet. Das Secret der Talgdrüsen ist also regelmässig, oder besser gesagt, wird regelmässig sauer durch die Zersetzung des Fettes. Entfernt man daher das Fett durch sorgfältige Waschungen (mit Seife, verdünnter Essigsäure, Aether, Wasser), injicirt sich sofort nach der Waschung 0·01 Grm. Pilocarpin subcutan und prüft wie oben die Reaction des an der gereinigten Hautstelle abgesonderten Schweisses, so findet man dieselbe — abgesehen vielleicht von den allerersten Proben — regelmässig alkalisch; unterlässt man die Reinigung, so hält die anfänglich saure Reaction längere Zeit (10—15 Minuten) an, geht aber dann schliesslich ebenfalls in die alkalische über. Hiernach schliessen die Verfasser, dass der normale menschliche Schweiss alkalisch reagirt und nur durch das zersetzte Talgdrüsensecret die entgegengesetzte Reaction annimmt.

7. **Marcacci.** Ueber Dermatosen in Folge von Nervenläsionen. (Giorn. Ital. delle mal. ven. etc., Juni 1878.) —
8. **Blachez.** Derselbe Gegenstand. (Gaz. hebdom. Nr. 10. 1879.)
9. **Colomiatti.** Die Veränderungen der Hautnerven bei Eccem. (Gaz. delle Cliniche. Torino 1879, Nr. 29. — Chir. Ctlbl. Nr. 6, 1880.)
10. **F. J. Pick.** Ueber die Wirkung des Oleum Gynocardiae (Chaulmoogra Oil) bei Hautkrankheiten. (Prager medicin. Wochenschrift, Nr. 3, 1880.)
11. **Campana.** Ueber das Goa-Pulver bei einigen Hautkrankheiten. (Giorn. Internaz. delle Scienze Med. 1880.)

In zwei neueren Abhandlungen wird die Frage von den trophischen Störungen in der Haut nach Nervenläsionen erörtert. Jedoch lässt sich nicht behaupten, dass seit den Arbeiten

von **Hamilton**, **Romberg**, **Baerensprung**, **Lasègne**, **Charcot**, **Samuel**, **Mitchell**, **Morehouse**, **Keen** und **Mougeot** weitere Fortschritte von Bedeutung erzielt worden sind. Die Arbeit von **Marcacci** (7) theilt alle diese Affectionen a) in solche, welche von peripheren Nerven, b) von nervösen Centren, c) vom Sympathicus ausgehen. (Ob die dritte Gruppe überhaupt berechtigt ist, bezweifeln wir, trotz des Falles von Eczem mit Affection des Grenzstranges, welchen **Marcacci** geschildert hat [s. diese Vrtljhrschr. 1879, p. 136]. A.) **Blachez** (8) betont, dass die trophischen Störungen, welche als Folge von Verletzungen peripherer Nerven auftreten, entweder traumatische oder spontane sind, dass aber für die ersteren (traumatischen) eine fundamentale Unterscheidung zu machen ist, ohne welche verschiedene Widersprüche in scheinbar analogen Thatsachen nicht aufklärbar seien. Sie sind nämlich sehr verschieden, je nachdem die Nervenläsion in einer reinen und completen Durchschneidung, oder in einer Zerreissung, Contusion oder einer Wunde, die geeignet ist, im Nervenstrange eine heftige Reizung hervorzurufen, besteht. Im ersten Falle beobachte man nur die Folgeerscheinungen des Aufhörens der Innervation, im zweiten Falle erscheinen jene trophischen Störungen in der Haut, von denen Verf. handelt.

Diese trophischen Störungen manifestiren sich in: Erythemen, Atrophie der Drüsen und der Haare, Eczemen, Herpes Zoster und pemphigoiden Eruptionen. Am gewöhnlichsten ist das Erscheinen des Zoster als Ausdruck cutaner Störungen.

Wenn die nervösen Centren selbst afficirt sind, so treten die trophischen Veränderungen der Haut zuweilen sehr entfernt von der Stelle der nervösen Läsion auf; doch ist der wechselseitige Rapport kein so constanter, als jener bei Läsionen peripherer Nerven; oft treten Erkrankungen, insbesondere des Gehirns, ohne trophische Störungen in der Haut, auf.

Am häufigsten begegnet man den genannten trophischen Störungen bei Degeneration der Nervenstränge, die aus den hinteren Wurzeln stammen (Ataxie locomotrice). (Siehe hierüber Ausführliches bei **Charcot**: **Leçons**. A.)

Colomiatti traf (9) in allen (? A.) Fällen von **Eczem**, vorwiegend jedoch in den papulösen und papulo-squamösen Formen, namhafte **Veränderungen der Hautnerven**. Um dieselben herum waren stets

Anhäufungen von Bindegewebszellen, Schwellung und zuweilen auch Theilung der Endothelien der peri- und endonervösen Lymphräume, Wanderzellen in der Schwann'schen Scheide nachweisbar. Die Nervenfasern selbst befanden sich in einem embryonalen Zustande: es fehlte denselben die Markscheide und der Achsencylinder, und nur ein Strang ovaler Zellen mit stäbchenförmigen Kernen füllte die Schwann'sche Scheide aus; im selben Bündel sah man aber auch normale Fasern, deren Kerne jedoch geschwellt waren. In diesen Nervenbündeln und in deren Umgebung fand Vf. zerstreute freie Myelintropfen und Wanderzellen mit Myelintropfen in ihrem Protoplasma. Das Resultat seiner Untersuchungen war also: dass beim chronischen Eczem der grösste Theil der Nervenfasern der kranken Hautstelle sich in einem hohen Grade jener Degenerationsprocesse befinde, wie man ihn an durchschnittenen Nerven beobachten kann. — Weitere Forschungen liessen ihn eine gleiche Erkrankung der Nerven aber auch schon bei acutem und subacutem Eczem erkennen, und führten ihn zu dem Schlusse, dass die beschriebene Nervenerkrankung sehr früh beginne.

An Präparaten von ganz oder theilweise geheilten Eczemen waren die Nervenbündel zum grössten Theile regenerirt, die verschiedenen Stadien der Regeneration konnte aber C. nicht verfolgen. Er schliesst, das Eczem sei nur dann wirklich zu heilen, wenn die Regeneration der Hautnerven erfolge, was in leichten Fällen spontan eintrete, man aber in jedem Falle zu erzielen trachten müsse.

Das Gynocardia-Oel (Chaulmoogra Oil), von welchem in dieser Vierteljahresschrift schon wiederholt (1879 pag. 399 u. f.) die Rede war, ist von F. J. Pick (**10**) zu Heilversuchen verwendet worden. Es ist in den Samen von Gynocardia odorata R. Br., Chaulmoogra odorata Roxb. enthalten und wird aus denselben durch Auspressen gewonnen. Gynocardia odorata fam. Bixaceae, Pangieae, findet sich in den Wäldern der Malayischen Halbinsel und Hinterindiens nördlich bis Assam, dann sich ausdehnend am Fusse des Himalaya westlich bis Sikkim. Die Samen sind mandelförmig, abgerundet, dreikantig, haben eine braungelbe Schale und einen schwarzen Kern. Die Kerne schmecken ölig, würzig, erzeugen Kratzen im Halse, das lange Zeit anhält, und sollen bis 15 Percent des Chaulmoogra-Oels enthalten. Das fette Oel hat ein spec. Gewicht von 0·900, wodurch das Volumen dem Gewichte nahezu gleichkommt. Es stockt unter 21° C. und wird

bei ungefähr 32° C. vollkommen flüssig. Es stellt sodann eine gelbe, gelbrothe, klare ölige Flüssigkeit dar, von ähnlichem, aber viel ausgeprägterem Geschmacke wie die Samen. Dieses Oel, welches die wirksamen Bestandtheile des Samens enthalten soll, wird schon für den Gebrauch in Indien, noch mehr für den Export nach England verfälscht und dieser Umstand erklärt die grosse Differenz in den Angaben über seine Dosirung und erschwert die Beurtheilung seiner Wirkung. In die Pharmakopöe von Indien wurden sowohl die Samen als das Oel aufgenommen und als alterirendes, tonisches, in grossen Gaben emetisch wirkendes Mittel bezeichnet, das folgendermassen dosirt wird: Die Samen grob gepulvert 6 Gr. dreimal des Tags in Pillenform, welche Dosis nach und nach 3—4mal verstärkt wird. Erzeugt die Gabe Uebelkeiten, so wird sie verringert oder für einige Zeit ausgesetzt. Das Oel wird zu 5—6 Tropfen verabfolgt und nach und nach bis auf $^1/_2$ selbst 1 Drachme gesteigert wie beim Samen. Oel und Samen werden auch als örtliches Reizmittel angewendet. Officinell ist nach der Bengal-Pharmakopöe das Unguentum Gynocardiae: Die nöthige Menge Chaulmoogra-Samen wird enthülst und zu einer Paste gestossen, sodann mit so viel einfacher Salbe verrieben als zur passenden Consistenz erforderlich ist. Gewichtsmengen sind nicht angegeben. Im Appendix der Pharmakopöe von Indien ist die Bemerkung angefügt, dass Dr. B. N. Bose sehr günstig über Chaulmoogra berichtet und die Dosis bis auf eine Drachme gebracht habe, ohne eine üble Wirkung zu beobachten.

Das Oel wurde nun vom Verf. äusserlich entweder nach vorausgegangener Erwärmung in vollkommen flüssigem Zustande oder, da es am Körper sofort schmilzt, in seinem bei gewöhnlicher Temperatur halbfesten Zustande ohne jede Beimischung in die Haut eingerieben, oder endlich mit gleichen Theilen Axungia porci oder Vaseline in Salbenform auf Leinwand gestrichen auf die Haut applicirt. Eine einmalige Einreibung auf vorher gesunde Haut übt in der Regel gar keinen Einfluss, nur selten stellt sich ein leichtes Brennen oder Prickeln ein. Wird jedoch die Einreibung mehrmals und in kurzen Intervallen wiederholt, so entsteht ein artificielles Eczem. Wenn die Hornschichte zart oder macerirt oder gar abgängig ist, dann kommt es nach Anwendung des Mittels zu eitrigem Zerfall, der stellenweise zu beträchtlicher Ulceration Veranlassung gibt. Innerlich wurde das Oel in geschmolzenem Zustande in Tropfenform verabfolgt oder in

Gelatinkapseln eingeschlossen, in denen es sich bei gewöhnlicher Temperatur in halbfestem Zustande befindet, genommen. Zwanzig Tropfen erzeugen bei Erwachsenen mit gesunden Verdauungsorganen unangenehmen Geschmack im Munde und Kratzen im Rachen. Zu diesen Erscheinungen gesellen sich nach 15—20 Minuten Uebelkeiten vom Magen, Druck in der Magengegend, Brechneigung und meist auch Erbrechen. Das Erbrechen tritt um so leichter ein, oder wiederholt sich, wenn bald nach den Tropfen Flüssigkeiten in den Magen gebracht werden. In der Regel erfolgt nach 1—2 Stunden leichter Stuhlgang ohne schmerzhafte Peristaltik. Alle genannten Erscheinungen verschwinden nach 2, spätestens 3 Stunden. Anderweitige Symptome wurden nicht beobachtet, der Urin blieb normal. Bei Kindern unter 10 Jahren stellten sich die angeführten Erscheinungen schon bei einer Dosis von 8—10 Tropfen ein. Dagegen zeigten einzelne Individuen eine bedeutende Toleranz gegen das Mittel, so dass 20—30 Tropfen zweimal des Tages ohne merkliche Störungen genommen werden konnten. Beim Gebrauche der Kapseln vermied man den unangenehmen Geschmack im Munde und das Gefühl des Kratzens im Rachen, während die übrigen Erscheinungen, wenn auch etwas später, in gleicher Weise auftraten. Auf Grund dieser Erfahrungen wurde das Oel innerlich in folgender Weise dosirt: Bei Kindern wurde mit 5 Tropfen zweimal des Tages begonnen und nach je zwei Tagen um je 1 Tropfen gestiegen bis zu jener Höhe, gewöhnlich 10—12 Tropfen, bei der sich Uebelkeiten einstellten. Bei Erwachsenen wurde mit 10 Tropfen begonnen und in gleicher Steigung die Gabe bis auf 20—30 Tropfen erhöht. Auf diese Art konnte das Mittel Wochen und Monate lang ohne sonderliche Beschwerden gebraucht werden. Noch leichter wurde das Mittel in Kapseln zu je 1 Gr. ertragen, von denen 1—2 Kapseln zweimal täglich verabfolgt wurden.

Angewendet wurde das Oleum Gynocardiae bei Eczem, Prurigo und Lupus, wobei zunächst solche Fälle ausgesucht wurden, bei welchen anderweitige Symptome von Scrophulose vorhanden waren, wo somit neben der topischen Behandlung mit Erfolg Jod-Leberthran angewendet wird.

Das Oel wurde zunächst bei 7 Fällen von Eczem bei scrophulösen Kindern versucht. Stets stellte sich durch die örtliche Anwendung des Oels Verschlimmerung der örtlichen Verhältnisse ein, während der innerliche Gebrauch keine merkliche Beeinflussung des Allgemeinzustandes

herbeiführte. Dagegen hat Verfasser bei veralteten, torpiden, mit bedeutender Hautverdickung einhergehenden Eczemen Erwachsener eine günstige Wirkung durch örtliche Einreibung des Oels oder dauernde Application des Unguents dadurch erzielt, dass die örtlich eingetretenen Reizungszustände eine raschere Abwicklung des Verlaufs herbeiführten.

In 5 Fällen von Prurigo wurde das Mittel ebenso gleichzeitig äusserlich und innerlich angewendet, aber ohne günstigen Erfolg.

Die Wirkung des Chaulmoogra-Oels bei Lupus wurde in sechs Fällen erprobt. Auch hier wurden solche Fälle ausgewählt, bei welchen anderweitige Symptome von Scrophulose vorhanden waren. Bei zwei Fällen von Lupus hypertrophicus des Gesichts traten nach dreimaliger respective viermaliger Anwendung der Gynocardia-Salbe in Pflasterform so heftige Reizungserscheinungen und Schmerzen auf, dass von dem weiteren örtlichen Gebrauche des Mittels Umgang genommen und das Oel nur innerlich verwendet wurde. In 4 Fällen von Herdlupus kam es nach 3—5tägiger Anwendung der Salbe zum Zerfall der Lupusknoten, der durch fortgesetzten Gebrauch zur Zerstörung des lupösen Gewebes führte, ähnlich wie bei Anwendung der Arsenpasta und der Pyrogallussäure. Recidiven blieben nicht aus und eine wesentliche Beeinflussung der Krankheit wurde durch den innerlichen Gebrauch nicht erzielt.

Ausser in den genannten Krankheiten hat P. das Oleum Gynocardiae in letzter Zeit auch noch bei 9 Fällen von Urethritis blennorrhagica in Anwendung gezogen. Innerlich wurden zweimal täglich je 1 Grm. Oleum enthaltende Kapseln gegeben, örtlich wurde das Oel mit But. Cacao aa. zu Stäbchen geformt in die Harnröhre eingeführt. Der Erfolg war ein negativer. Nur in einem Falle chronischer Urethritis wurde nach vierwöchentlichem Gebrauche Heilung erzielt.

Campana gelangte (11) nach mehrfachen Versuchen mit Chrysarobin bei Hautkrankheiten zu folgenden Resultaten:

1. Chrysarobin ist ein vorzügliches Mittel gegen Psoriasis.

2. Desgleichen gegen papulöse hypertrophische Syphilide und gegen Lupusknoten, besonders in Combination mit früherer Ausschabung.

3. Ebenso gegen Lepra in Knoten- und Fleckenform.

4. Es schützt aber nicht gegen Recidive in allen obengenannten Formen von Erkrankung.

5. Bei Lepra wird weder die Eruption neuer Knoten durch die schnelle Aufsaugung alter befördert, noch der allgemeine Zustand verschlimmert.

6. Verf. hat, — wie er nebenbei mittheilt, — eine Temperaturerhöhung an Leprösen, bei welchen nur eine Seite erkrankt war, an dieser gegenüber der gesunden beobachtet.

12. **Lipp.** Beitrag zur Varicellen-Lehre. (Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. Graz 1879.)
13. **Manouvriez.** Ueber eine Epidemie von Kinder-Varicella in Valenciennes. (Gaz. des Hôpit. 29. März 1879.)
14. **Simon.** Ueber die Einführung der animalen Vaccination. (Vortrag, gehalten in der schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur am 17. October 1879.)
15. **Hryntschak.** Ein Fall von Vaccination im Incubationsstadium der Morbillen und Abimpfung im Prodromalstadium derselben. (Arch. f. Kinderhlk. I. 2. 1880.)
16. **Redcliffe.** Ein Fall von Masernerkrankung unmittelbar nach Scharlach. (Philadelph. Med. Times 13. Sept. 1879.)
17. **Rott.** Eine Rubeola-Epidemie. (Bayrisches Int.-Bl. Nr. 10. 1879.)
18. **Heubner.** Beobachtungen über Scharlachdiphtherie. (Jahrb. für Kinderheilkunde, XIV, I, 1879.)
19. **Riedinger.** Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten. (Chir. Ctlbl. Nr. 9, 1880.)

Lipp hebt (12) die noch immer nicht allseitig und genügend gewürdigte Thatsache hervor, dass Kinder, welche vermeintlich mit Variola behaftet, in Wirklichkeit aber an Varicella non variolosa erkrankt, mit Blatternkranken in Berührung kamen, durch das Blatterncontagium inficirt wurden.

In der zweiten Hälfte des Jahres 1872 bis über 1874 hinaus, besonders aber 1873 waren die Blattern im Stadtbezirke Graz und in dessen Umgebung epidemisch verbreitet. Im gleichen Zeitraume, aber auch lange vorher und nachher, konnte man öfter Fälle von „Varicella non variolosa" beobachten und ist dem Verf. kein sicher diagnosticirter Fall derselben bekannt geworden, welcher zu einer

Blatternerkrankung der Angehörigen geführt hätte. Wohl aber konnte er vier als „blatternkrank“ aufgenommene Kinder beobachten, bei welchen er an dem auf den Aufnahmstag folgenden Morgen nach sorgfältiger Prüfung die Diagnose „Varicella non variolosa“ stellen musste.

Der erste Fall betraf ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen, an welchem keine Impfnarben vorhanden waren. Das Kind wurde wieder nach Hause geschickt. Am zehnten Tage nach seinem Eintreffen auf der Blatternabtheilung erkrankte es an Variola leichteren Grades und wurde deshalb nach erfolgter Eruption abermals auf diese Abtheilung aufgenommen. Es trat Genesung ein. Bemerkenswerth ist, dass die 1 Jahr alte, ebenfalls keine Impfnarben zeigende Schwester des Kindes wahrscheinlich von diesem 12 Tage später die Blattern erwarb und nach 9 Tagen daran starb. Der zweite Fall betrifft ein über 1 Jahr altes Mädchen. Impfnarben nicht nachweisbar. Das Kind wurde entlassen. Nach dem sogleich eingelaufenen und verlässlichen Berichte des nunmehr beigezogenen Consiliarius erkrankte das Kind am 10. oder 11. Tage nach seiner Aufnahme auf die Blatternabtheilung an den Blattern und starb an diesen. Im dritten Falle handelt es sich um ein zwei Jahre altes Mädchen, an welchem ebenfalls keine Impfnarben zu constatiren waren. Das Kind wurde nach Stellung der Diagnose in einem isolirten Locale der Abtheilung für Hautkranke untergebracht. Am zwölften Tage nach der Aufnahme in die Blatternabtheilung erkrankte dasselbe an variolösem Prodromalfieber, welches zwei Tage dauerte. Bei beginnender Eruption wurde es abermals dahin gebracht. Die Erkrankung war leichterer Art; das Kind genas.

Der vierte Fall ist folgender: Ein Knabe von 6 Monaten wurde am 13. December 1874 mit der Diagnose „Variola“ der Blatternabtheilung zugewiesen. Das Unwohlsein begann angeblich am 10. oder 11. mit Fieber und Erbrechen. Impfnarben nicht vorhanden. Sofort fiel das zahlreiche Vorkommen von sehr klaren Bläschen und von Blasen auf. Nach genauer und längerer Prüfung konnte Verf. constatiren, dass die Haut in zweifacher Weise erkrankt sei, an einem Eczeme, welches nur auf kleinere Stellen beschränkt war und sich stärker ausgebildet im Gesichte und am behaarten Theile des Kopfes zeigte, und an einem recenten Exantheme, welches fast an der ganzen Körperoberfläche Efflorescenzen hervorbrachte. Das Eczem war bis zur Krustenbildung gediehen.

Die Erscheinungen des jüngst aufgetretenen Hautleidens waren sehr zahlreiche, an der ganzen Körperoberfläche vertheilte, einzeln stehende, bis über linsengrosse Bläschen, besonders zahlreich an der Brustfläche und an den Oberarmen, hie und da Residuen von Bläschen und kleine blassbräunliche Krüstchen, besonders am Rücken; ferner sparsame Bläschen mit etwas getrübtem Inhalte, grau oder blassgelblich aussehend, einige darunter mit einer Delle versehen, — an den Handtellern und Fusssohlen abortiv, weiterhin Blasen in der Grösse von Erbsen oder kleinen Haselnüssen an der rechten Hand, am rechten Oberschenkel und im Gesichte; endlich in der rechten Schultergegend eine nahezu silbergroschengrosse, blassrothe, kaum excoriirte Stelle, wo die alte Epidermis abgehoben erscheint; endlich Roseola oder grössere rothe bis nahezu guldenstückgrosse, meist unregelmässig geformte und nicht scharf umschriebene Stellen (Erythem), hie und da confluirend, besonders an den Beugeflächen der Vorderarme. An der Schleimhaut des Mundes, des Gaumensegels und Rachens konnte keine Eruption nachgewiesen werden.

Verf. erklärte einen Theil der Eruption für Eczem, die anderen Efflorescenzen für Varicella non variolosa. Während die Efflorescenzen aller Art gut zu heilen und zu vertrocknen schienen, wurde (am 18.) die schon früher beabsichtigte Vaccination ausgeführt. Am rechten Oberarme wurden drei, am linken zwei Impfstiche gemacht.

24. Dec. An zwei Impfpunkten des rechten Oberarmes geringe Röthung. 26. An jedem der am 24. erwähnten Punkte ein sehr kleines, rothes Knötchen, an einem Knötchen beginnende Bläschenbildung. 28. Seit 27. schwaches Fieber. 29. Das am 26. bemerkte Impfbläschen entwickelte sich weiter, ist nahezu linsengross, deutlich genabelt und von einem geringen Hofe umgeben. Das andere kleine Impfknötchen involvirte sich ganz und gar. An den übrigen Impfpunkten fand keine Haftung statt. Das Fieber steigerte sich. Am selben Tage Eruption von Knötchen ohne rothen Hof, besonders an den eczematösen Stellen. Die Vaccine-Efflorescenzen linsengross, flach, wenig prominirt, in der Mitte verkrustet. Reaction in der Peripherie gering.

Am 3. Jänner 1875 traten Hämorrhagien an und um viele Efflorescenzen und livide Färbung der Haut zwischen den Efflorescenzen an verschiedenen Körpergegenden auf, am 4. Jänner erfolgte der Tod.

Aus dem Verlaufe ergaben sich folgende Thatsachen: a) Eine mindestens 7—8, vielleicht selbst 9—10tägige Dauer der Eruption der Varicellaefflorescenzen, der Bläschen und Blasen, welche sich immer rasch entwickelten und im ausgebildeten Zustande nur kurze Zeit und um so kürzer verharrten, je früher sie sich zeigten. b) Eine Temperaturerhöhung, deren Dauer nur wenig kürzer als jene der Eruption ist. Sie muss mit Rücksicht auf die bedeutende Entwicklung des intensiveren Processes für 2—3 Tage vor der Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus supponirt werden und beträgt nach derselben, wie erwiesen, 4 Tage. Nach Schluss der Defervescenz, zur Zeit des letzten Actes der Eruption findet noch eine geringfügige Erhebung der Temperatur statt, welche mit der Eruption selbst zusammenhängen dürfte, da eine sonstige Complication fehlt. Zur Zeit der Aufnahme ist die Temperatur noch beträchtlich und fällt sie, ungeachtet der Höhepunkt der Eruption der Efflorescenzen quantitativ und qualitativ deutlich überschritten ist, nur langsam unter geringen Schwankungen ab, wozu sie des verhältnissmässig langen Zeitraumes von 3 Tagen bedarf, vielleicht von 4 Tagen, wenn — was nicht unwahrscheinlich — Eruption und Temperatur den Tag vor der Aufnahme ihre Acme erreicht hätten. c) Ein geringer, aber doch ganz unzweifelhafter Erfolg der am fünften Tage nach der Aufnahme vorgenommenen Vaccination. d) Am 14. Tage nach Aufnahme des Kindes auf die Blatternabtheilung und am 9. Tage nach der Vaccination Beginn einer lethal endenden Variola, welche, wie kaum bestritten werden dürfte, durch Aufenthalt und Infection des Kindes daselbst herbeigeführt wurde.

Das Vorkommen derartiger äusserst seltener Fälle vermag nach L. nicht die durch viele Thatsachen und Argumente gestützte Specificitätslehre zu erschüttern, welche die relativ nicht seltene Blatterninfection von ungeimpften und mit Varicella specifica behafteten Kindern, die mit Blatternkranken gemeinsam untergebracht werden, auf die einfachste und natürlichste Weise erklärt.

Aus der Beobachtung der erwähnten vier Krankheitsfälle zieht der Verf. Schlüsse, dahin gehend, 1. dass eine eigenartige, nicht variolöse Varicella existire; 2. auf die leichte und rasche Haftung des Blatterncontagiums an ungeimpften und mit Varicella specifica behafteten Kindern; 3. auf die Haftung des Blatterncontagiums zu einem Zeitpunkte, in welchem die Eruption der Varicella non variolosa und das

begleitende Fieber noch nicht beendet ist; überdies noch in Folge eines einmaligen Versuches die partielle, aber unzweifelhafte Haftung des Vaccinecontagiums zu einem Zeitpunkte, welcher von der Infection mit Blattern wenigstens 4 Tage, von dem Prodromalstadium derselben 9 Tage entfernt ist; 4. den Ausbruch des Blatternprocesses nach Ablauf der bekannten Incubationszeit, ebenso, als wäre keine Erkrankung an Varicella specifica vorausgegangen, und in zwei Fällen das Ende desselben mit Tod; 5. folgerichtig den Mangel von Einfluss und Bedeutung einer Varicella specifica für die Verhinderung oder Abschwächung der Variola und den Mangel an Zusammengehörigkeit beider Processe; endlich 6. die Nützlichkeit und Nothwendigkeit, die beiden Processe getrennt aufzufassen und bei allfälliger Anwendung des Ausdruckes „Varicella", deren Art zu bezeichnen — der Deutlichkeit wegen, zur Vermeidung von Missverständnissen und zur Hintanhaltung von Schaden an Gesundheit und Leben.

Manouvriez hat (**13**) eine Epidemie von Varicella infantum 1876/77 beobachtet und ebenfalls gefunden, dass Varicella keine Varietät der Pocken sei. Nichtvaccinirte erkrankten ebenso häufig als Geimpfte; von Varicella revalescirende, früher nicht vaccinirte Kinder wurden mit Erfolg geimpft und von ihnen abgeimpft — niemals entstand durch Ansteckung von Varicellakranken echte Variola, auch nicht bei Ungeimpften — die Krankheit blieb auf Kinder beschränkt. Der Verf. beobachtete eine ecthymatöse Form der Eruption mit Dellenbildung und Narben. Unter 75 Fällen waren nur 2 Todesfälle. Der Verf. schlägt vor, die leicht mit der Kindervaricella dem Aussehen nach zu verwechselnde milde Variolaform als Variola varicelliformis (! A.) zu bezeichnen.

Die hygienische Gesellschaft in Breslau (**14**) hatte eine Commission zur Erörterung folgender Fragen gewählt: 1. Ist die Production animaler Vaccine in einem eigenen Kälber-Impfinstitut wünschenswerth, respective ein Bedürfniss? 2. Wie sind event. die Mittel für Begründung und Unterhaltung eines solchen Institutes zu beschaffen?

Zunächst galt es, die Vorfrage zu erörtern: Wie die Methode der animalen Vaccination hinsichtlich ihrer Haftbarkeit, Schutzdauer und Gefahren zu beurtheilen sei?

Das Resultat der Commissions-Prüfungen war, dass die Ergebnisse der Haftbarkeit in der letzten Zeit bedeutend bessere geworden waren. Namentlich war es die verbesserte Methode der Conservirung der Lymphe, der Versendung derselben und der Impftechnik selbst, welche dies bewirkt hatte. Es hatte sich ergeben, dass, wenn irgend möglich, eine „directe Impfung von Thier auf Arm" stattfinden müsse. Bei Versendung der Lymphe war die trockene Aufbewahrung zwischen Glasplatten oder die Armirung von Impfspeeren der flüssigen Conservirung in Röhrchen bei weitem vorzuziehen. Ferner hatte es sich als vortheilhafter erwiesen, mit Schnittchen zu impfen, an Stelle der in ihren Resultaten weniger sicheren Stiche. Endlich erscheint es von Wichtigkeit, dass nur aus ganz regelrecht entwickelten Pusteln die Lymphe entnommen wird und dass nicht, wie dies bisher vielfach geschehen ist, die Pusteln förmlich gemelkt werden. Nachdem die Commission Kenntniss genommen von den neuesten Ergebnissen der animalen Vaccination, denen zufolge unmittelbare Lymphübertragung von Thieren auf Erstimpflinge in Brüssel keine, in den holländischen Anstalten 0·8 Perc. Misserfolge, die Anwendung conservirter Lymphe in Brüssel bei Erstimpflingen 4 Perc., bei Revaccinanden 38 Perc., in Weimar bei Erstimpflingen 0·6 Perc., bei Revaccinanden 15 Perc. Fehl-Impfungen erzielte, ist dieselbe zu der Ansicht gekommen, dass bei gewissen Cautelen, vor Allem bei Verwendung möglichst frischen Stoffes, auf grösserer Resorptionsfläche, aus ganz normalen Pusteln und nur der ersten Portionen der aus letzteren austretenden Lymphe, die Haftbarkeit der animalen Lymphe als eine der humanisirten gleichkommende anzusehen ist.

Hinsichtlich der Schutzkraft und Schutzdauer der animalen Vaccine liegen bisher noch keine genügenden Erfahrungen vor, um sich mit Sicherheit darüber aussprechen zu können. Von Wichtigkeit indessen ist die Erfahrung Warlomont's in Brüssel, welcher unter 10.000 mit animaler Vaccine Geimpften keinen Fall von Pockeninfection in der Epidemie von 1870/71 beobachtete. Was die Gefahren betrifft, welche die animale Vaccination im Gefolge habe, so ist in der That die Möglichkeit der Uebertragung der Perlsucht (Tuberculose) des Rindviehes durch die Vaccination auf das ernsteste zu erwägen und zu beleuchten. Freilich hat Professor Bollinger in München versucht, diese Gefahr als nicht vorhanden darzustellen; die Commission kann indessen die Gründe, welche er hierfür anführt, doch nur als

aprioristische gelten lassen. Wäre die Möglichkeit gegeben, Kälber als Impfmaterial zu benützen, so würde diese Gefahr wenig in Betracht kommen, da bei Kälbern die Perlsucht ausserordentlich selten ist. Leider gestatten jedoch die schlesischen Verhältnisse nicht, Kälber hierzu zu benutzen. Es ist hier Usus, die Kälber schon in sehr zartem Alter, meist von zwei Wochen, zu schlachten. In diesem Alter aber sind die Kälber zur Impfung noch ganz ungeeignet. Das Rindvieh aber ist mindestens im Verhältniss von 2 Perc. perlsüchtig und es ist nicht immer möglich, die Perlsucht bei Lebzeiten des Thieres zu diagnosticiren. Es müssten jedoch Versuche angestellt werden, ob es gelinge, gesunde Thiere durch die Vaccination mit Lymphe von perlkranken Thieren perlsüchtig zu machen. Es sei Sache des Staates, diese Versuche sofort zu organisiren.

Da nun aber die Perlsucht bei der Section der Thiere vollständig sicher zu erkennen sei, so könnte man die geimpften Rinder nach der Abnahme des Impfstoffes sofort tödten und nur die Lymphe von denjenigen zum Impfgeschäft verwenden, welche sich auf Grund sorgfältiger thierärztlicher Untersuchung als gesund und frei von Perlsucht erwiesen hätten. Gegen die Benützung des Fleisches solcher Thiere liesse sich nichts vorbringen. Alle die bisherigen Erörterungen müssen daher zum Schlusse führen, dass sich gegen die animale Vaccination keine erheblichen Einwände erheben lassen.

Nachdem die Vorfrage in dieser Weise erledigt war, galt es, die erste gestellte Hauptfrage zu erörtern: Ist die Einführung dieser Methode ein Bedürfniss, resp. wünschenswerth? Diese Frage wurde von der Commission mit Hinweisung auf die Impfsyphilis, wenn auch deren Gefährlichkeit und Häufigkeit viel zu hoch angeschlagen sei, bejaht.

Die zweite Hauptfrage, wie die Mittel für Begründung und Unterhaltung eines solchen Institutes zu beschaffen sind, sei dahin zu beantworten, dass die Communen nicht verpflichtet werden können, derartige Institute zu begründen, wohl aber der Staat.

Der nachfolgende Fall von Vaccination eines im Incubationsstadium der Morbillen befindlichen Kindes wird von Hryntschak (15) mitgetheilt:

Am 31. Mai wurde vom Vf. ein zweijähriger, bisher stets gesund gewesener Knabe von blühendem Aussehen mit humanisirter

Lymphe geimpft. Nach acht Tagen stellte sich die Mutter mit dem Kinde zur Controle ein, mit der Bemerkung, dass alle vier Pusteln sehr schön aufgegangen seien. Da H. äusserlich am Kinde nichts Krankhaftes bemerkte (! A.), impfte er von dem rechten Arm drei Kinder ab. Um aber noch weitere zwei Kinder zu impfen, liess Vf. die Mutter das Kind ganz entkleiden, um vom linken Arm abnehmen zu können. Ein Griff der Hand auf den Stamm des Kindes belehrte ihn jedoch, dass dasselbe fieberte; er stellte daher die weitere Abimpfung ein und vaccinirte die letzten zwei Kinder mit einer von früher aufbewahrten Lymphe. Ueber Befragen gab nun die Mutter an, dass vor nicht ganz zwei Wochen zwei ältere Geschwister des Knaben an Flecken erkrankt waren, jedoch bereits ganz genesen sind, dass der Kleine damals ganz verschont blieb, aber seit dem Abend des vorhergehenden Tages zu husten und niesen angefangen und die Nacht unruhig geschlafen habe.

Es stellte sich nun heraus, dass von den drei geimpften Kindern, die bisher die Morbillen nicht gehabt haben, keines an Morbillen erkrankte. Es waren dies: ein 1 Jahr altes Mädchen, ein 3 Monate altes Mädchen und ein 1 Jahr 7 Monate zählendes Mädchen. Bei allen Dreien trat schon am achten Tage eine ziemlich bedeutende erysipelatöse Röthe um die gut entwickelten Pusteln auf, welche den Verlauf der Vaccination etwas protrahirte, ohne dass jedoch die Kinder irgendwie Schaden genommen hätten.

Es geht aus dieser Beobachtung hervor, dass mit der Lymphe eines an Masern erkrankten Kindes die Masern nicht verimpft werden können; das leichte Erysipel, bei allen drei Kindern übereinstimmend um die Pusteln aufgetreten, spricht aber dafür, dass gewisse phlogogene, offenbar mit dem fieberhaften Zustande im Zusammenhang stehende Substanzen verimpft würden.

Der Kleine machte seine Morbillen, entsprechend dem milden Charakter der heurigen Epidemie, leicht durch. Das Fieber erreichte nur mässige Höhe, liess aber nicht ganz nach, als das Exanthem zu erblassen begann. Die Ursache hievon war in dem Aussehen der Pusteln zu suchen. Der schon am Controltage vorgefundene bedeutende Entzündungshof um die Pusteln bildete sich zu einem umfangreichen derben, heissanzufühlenden Infiltrat mit einer erysipelatösen Röthe, die den grössten Theil der Impffläche des Oberarmes einnahm. Dieses Infiltrat begann am Rande der unterdessen zu einer schwarzen Borke

umgewandelten Impfpusteln zu schmelzen, derart, dass nach Abfall der Borke zu Anfang Juli eine Ulceration von über 4 Cm. Durchmesser sich präsentirte. In die Tiefe ging an einer Pustel die Ulceration bis zur Muskellage. Erst Ende Juli, also zwei Monate nach geschehener Impfung, erfolgte die Vernarbung.

Ausserdem hörte das Kind nach dem Schwinden des Exanthems nicht auf zu husten. Unter Fiebererscheinungen, trockener rauher Haut bildete sich eine verbreitete Bronchitis aus, die Ende Juni zu einer lobulären linksseitigen Pneumonie führte; schliesslich erholte es sich auch von der Lungenentzündung.

Redcliffe gedenkt (**16**) eines Falles von Masernerkrankung eines $2^1/_2$jährigen Kindes in der 3. Woche nach Scharlach in einer Familie, in welcher ein anderes Kind an Masern erkrankt war. Sowohl Masern als Scharlach verliefen günstig. Schiff.

Rott berichtet (**17**) über eine Röthel-Epidemie: Von 17 an Rötheln erkrankten Personen hatten 16 vor kürzerer oder längerer Zeit die Masern überstanden; ein Knabe hat die Rötheln innerhalb 6 Wochen zwei Mal durchgemacht.

Die Incubationsdauer der Rötheln beträgt nach dem Verf. 18 Tage; das ohne ein Anzeichen irgend einer Erkrankung auftretende Prodromalstadium hat eine Dauer von $^1/_2$—1 Tage. Fieber ist nur bei Complicationen vorhanden. In der Mundhöhle zeigte sich in 7 Fällen eine streifige Röthe des Gaumens. Schlingbeschwerden waren nur in 3 mit Angina complicirten Fällen vorhanden. In 4 Fällen (2 Kinder, 2 Erwachsene) zeigten sich Anschwellungen der Submaxillar-, Subauricular- und Cervicaldrüsen in Form kirschkorngrosser und sehr schmerzhafter Knötchen. In den complicirten Fällen steigerte sich das bereits vorhandene Fieber kurz vor und während der Eruption, ausserdem kam noch in 3 Fällen das Exanthem unter Fieber zum Ausbruch; in den übrigen Fällen trat das Exanthem ohne jegliche Fiebererscheinung auf. Letzteres stellt stecknadelkopfgrosse, das Hautniveau nicht überragende, runde, nicht gezackte, rothe Tupfen dar, die nirgend confluiren. Es tritt zuerst am Rücken, der Brust, dem Nacken auf und gelangt dann erst ins Gesicht. Es bleibt höchstens einige Stunden auf der angegriffenen Stelle sichtbar und da es sich sehr langsam weiter verbreitet, so ist sehr oft an den zuerst ergriffenen

Stellen Abschuppung sichtbar, während an anderen Körperstellen das Exanthem erst zum Vorschein kommt. Die Krankheit kann sich bis zu 14tägiger Dauer ausdehnen. In sehr zahlreichen Fällen folgte am 3.—5. Tage nach der Abschuppung Mumps. Angina und Drüsenanschwellungen am Halse traten bisweilen als begleitende Symptome auf.

Heubner veröffentlicht (18) eine Reihe von Fällen, welche während einer vom März 1877 bis Juli 1878 in einigen Theilen Leipzigs herrschenden schweren Scharlachepidemie unter seiner Behandlung standen.

Die Gesammtzahl betrug 137, hievon verliefen 36 lethal, sonach mit einer Mortalität von über 26%. Die weitaus grössten Opfer forderte die Krankheit da, wo sie mit Diphtherie complicirt war, u. z. starben 21 Fälle unter dem Auftreten von diphtheritischen Mandel- und Gaumenentzündungen, 7 Fälle an Nephritis, davon noch einer mit Diphtherie complicirt, 8 Fälle unter den Erscheinungen schwerster Intoxication gleich in den ersten Tagen der Erkrankung.

H. war demnach in der Lage, nicht nur am Lebenden das Verhalten der Scharlachdiphtherie zu verfolgen, sondern auch die gesetzten Veränderungen an der Leiche (in 12 Fällen) zu studiren. Die Schlussfolgerungen, zu welchen H. bei dieser Epidemie gelangte, sind die folgenden:

1. Die Scharlachdiphtherie ist eine mit dem Scharlachprocesse selbst aufs innigste zusammenhängende, von der primären Diphtherie sowohl klinisch wie histologisch wesentlich zu unterscheidende Affection. Sie gehört zu den echten Diphtherien, wie wir sie bei Dysenterie primär, bei Typhus, Cholera, Pocken und mehr Erkrankungen secundär auftreten sehen.

2. Sie beginnt mit einer einfachen katarrhalischen Affection der Tonsillen und der übrigen Gaumentheile (in leichten Scharlachfällen bleibt es überhaupt dabei).

3. Gewöhnlich am vierten Krankheitstage tritt der Uebergang von der katarrhalischen zur diphtheritischen Entzündung ein.

4. Dann wird entweder wie mit einem Schlage die gesammte Schleimhaut der Gaumentheile von der Zungenwurzel bis zum Eingang des Oesophagus und der Trachea diphtheritisch — in diesem Falle führt die Erkrankung, wie es scheint unausbleiblich, binnen ein- bis zweimal 24 Stunden zum Tode — oder

5. es werden nur begrenzte Stellen befallen und dann scheint immer die laterale Hälfte der einen Tonsille der zuerst erkrankende Fleck zu sein, von wo aus die Erkrankung schleichend sich fortentwickelt. In diesem Falle kann Genesung eintreten.

Der Tod erfolgt entweder: durch langsames Weiterkriechen der Gangrän auf die Gaumenbögen und über den Abhang der Zunge nach dem Sinus pyriformis, resp. der seitlichen Rachenwand (Tuba Eustachii) zu, oder durch die sich anschliessende diphtheritische Entzündung der Lymphdrüsen und des Halszellgewebes, oder durch Complication mit Glottisödem.

Bei dieser Kategorie von Fällen sind die klinischen Erscheinungen während der ersten Woche oft wenig alarmirend und können bei einigermassen oberflächlicher Beobachtung leicht den Eindruck ungefährlicher Erkrankungen hervorbringen, bis mit dem Beginne der zweiten Woche die Gefahr immer deutlicher sich herausstellt.

Innerhalb kurzer Zeit hatte Riedinger (19) Gelegenheit bei mehreren Operirten und Verwundeten das Auftreten von wirklichem Scharlach zu beobachten.

1. Bei einem 16jährigen Mädchen wurde am 5. September 1877 auf der chirurg. Klinik in Würzburg ein kindskopfgrosses Lipom in der Lendengegend exstirpirt. Schon am 6. September war eine intensive Röthe an der Wundgegend aufgetreten mit einer Temperatur von 40,0 Morgens und 41,2 Abends, nebst einem Puls von 120. Der Umstand, dass die Röthe von der Wunde ausging, hatte den Verfasser anfangs veranlasst ein Erysipel anzunehmen; doch die Schwellung im Halse, später Eiweiss im Urin und die charakteristische Abschuppung am ganzen Körper stellten den Scharlach ausser Zweifel. Die Wunde heilte per primam intentionem.

2. Eine junge Frau hatte sich eine Wunde an der Stirne zugezogen, die unter antiseptischen Cautelen per primam intentionem heilte. Am vierten Tage nach der Verletzung trat eine sehr starke Rachenentzündung mit Tonsillarschwellung und einer Temperatur von über 40,0 ein. Am fünften Tage war ein charakteristisches Scharlachexanthem vorhanden, das relativ lange stehen blieb. Der Verlauf der Krankheit war ein sehr schwerer und die Abschuppung erstreckte sich auf den ganzen Körper, sogar auf zwei Nägel.

3. Ein junger College verletzte sich bei einer Section und be-

kam eine Phlegmone an der linken oberen Extremität. Am 22. März 1879 incidirte Verfasser dieselbe und schon am 24. März war ein ausgeprägter Scharlach vorhanden, der schwer verlief und Eiweiss im Urin zeigte. Der Kranke erholte sich, wie auch die vorige Patientin, nur sehr langsam.

4. Einen ganz ähnlichen Fall beobachtete Verfasser bei einem andern jungen Collegen. Derselbe zog sich am 7. Mai v. J. eine Leicheninfection zu, worauf eine sehr starke Phlegmone an der ganzen oberen linken Extremität folgte, so dass multiple Incisionen und Drainagen gemacht werden mussten. Am 20. Mai trat Scharlach auf und zwar, wie im ersten der Fälle, von der Wunde ausgehend und hauptsächlich die Beugestellen einnehmend. Auch hier schwankte Verfasser anfangs in der Diagnose, obwohl das gleichzeitig mit der Röthe auftretende Fieber — das in Folge der Phlegmone entstandene war schon wieder zurückgegangen — sehr verdächtig schien. Als aber die den Kranken pflegende jüngere Schwester, die nebenbei bemerkt, ebenfalls eine kleine Verletzung am Finger hatte, am 29. Mai einen ausgeprägten Scharlach bekam, war Verfasser mit der Diagnose ausser Zweifel. Zu bemerken ist, dass die Schwester schon seit längerer Zeit das Haus nicht verlassen hatte.

5. Ein dreijähriges Mädchen quetschte sich die letzte Phalanx des Fingers fast vollständig ab. Vierzehn Tage nach der Verletzung, die gut heilte, bekam die Kleine Scharlach und zwar allein, die anderen drei Geschwisterchen blieben davon verschont.

6. Bei einem 23jährigen Kellner wurde eine Hydrocele mit Incision und Umsäumung unter antiseptischen Cautelen operirt. Am sechsten Tage darnach trat Scharlach auf, die Wunde heilte gut.

7. Ein College verletzte sich beim Verbandwechsel, der an einer Verbrennung vorgenommen wurde, mit einer Stecknadel an der Hand. Es trat eine Entzündung an der verletzten Stelle auf, nebst starker Lymphdrüsenschwellung bis in die Achselhöhle und ein Schüttelfrost. Drei Tage später erschien ein Scharlachexanthem auf der Brust, am Halse und am Bauch. Sämmtliche Geschwister des Collegen hatten früher Scharlach, er allein war bis jetzt verschont geblieben.

8. Ein 14jähriger Knabe hatte sich eine Beilwunde am Kniegelenk zugezogen. Am 7. März v. J. kam er in das Hospital; am 13. zeigte sich ein Exanthem mit Rachenschwellung und einer Temperatur von 40·3. Die Symptome schwanden bald und die Wunde heilte gut.

9. Am 15. Januar d. J. resecirte Verfasser bei einem 15jährigen Mädchen, welches am 8. desselben Monats in das Spital eingetreten war, das fungös erkrankte linke Ellbogengelenk. Die ersten Tage ging alles sehr gut; am 19. aber trat hohes Fieber auf, dem eine Angina und zwei Tage später ein Scharlachexanthem folgte, welches am operirten Arme am deutlichsten war. Die Abschuppung begann am 29. und erstreckte sich fast auf den ganzen Körper. Die Wunde heilte nicht primär, sonst aber gut. Scharlach war zu dieser Zeit auf der ganzen Abtheilung keiner vorhanden.

Der Verf. glaubt, dass eine zufällige Complication mit Scharlach bei den meisten dieser Patienten ausgeschlossen sei (? A.). Denn z. B. bei Fall 4 wäre es doch wunderbar (? A.), dass der Kranke, falls er Disposition besass, den Scharlach nicht schon früher acquirirte, da Patient als ehemaliger Coassistent an der medicin. Klinik häufig in nahe Berührung mit Scharlachkranken kam. Auch die beiden anderen Collegen waren früher vielfach mit Scharlach in Contact gekommen; besonders war dies der Fall bei dem Collegen, dessen Geschwister sämmtlich diese Krankheit durchgemacht hatten. Bei Fall 5 ist es ebenfalls merkwürdig, (? A.) dass die kleine Verletzte allein von ihren Geschwisterchen den Scharlach bekam.

Während bei einzelnen Patienten die Incubation die normale Zeit betrug, trat bei anderen der Scharlach oft ganz kurze Zeit nach der Operation auf. Bei den angeführten Patienten liegt das Auftreten zwischen dem zweiten und vierzehnten Tag nach der Verwundung. Wenn nun die Zeit oft eine sehr kurze ist, so lässt sich dies durch die Annahme, dass die Aufnahme und die Austragung des Scharlachgiftes bei Verwundeten eine viel raschere und intensivere sei als bei gesunden Individuen vielleicht erklären.

20. Grigorow. Erythema exsudativum papulatum der Mundschleimhaut. (St. Petersb. med. Wochenschr. 52. 1879.)

21. Campana. Erythema nodosum. (Giorn. Ital. delle Mal. ven. e della pelle 4. Heft, pag. 193, 1878.)

22. I. Neumann. Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie des Erythema nodosum. (Wr. med. Wochenschr. Nr. 44. 1879.)

23. Brochin. Arzneiexanthem. (Gaz. des Hôpit. 1. und 22. Februar 1879.)

24. **Hyde.** Blasenausschlag durch Jodkalium erzeugt. (Am. Dermat. Assoc., III. Meeting 1879. — Amer. Arch. of Dermat. 4. Heft, pag. 333, 1879.)
Finny. Derselbe Gegenstand. (Brit. med. Assoc. 1879. — Brit. med. Journ. II. 1879.)
25. **Tortora.** Ein Fall von Pemphigus acutus. (Il Morgagni. VI. 1879. — Rundschau. 11. Heft. 1879.)
26. **Tilbury Fox.** Eine angeborene Hautkrankheit. (Lancet. 31. Mai 1879.)
27. **v. Ritter.** Die exfoliative Dermatitis jüngerer Säuglinge und Cazenave's Pemphigus foliaceus. (Archiv für Kinderheilk. I., 2, 1880.)
28. **Behrend.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda, I., 3, 1880.)
29. **Lande.** Herpes und Neuralgie der Genitalorgane. (Journ. de Méd. de Bordeaux 15. u. 22. März 1879. Annales de Derm. et Syph. Nr. 3, 1879.)
30. **Colcott Fox.** Ueber den neurotischen Ursprung des Lichen planus. (Brit. med. Assoc. 1879.)

Ein von Grigorow (**20**) beschriebener Fall von Erythem erstreckte sich auch auf die Mucosa faucium. Hierher gehörige Beobachtungen sind äusserst selten. So erwähnt Hebra eines Falles von Erythem mit lethalem Ausgange, wobei die Autopsie auf der Dünndarmschleimhaut den Hautaffectionen ähnliche Veränderungen ergab.

Am 8. Juni 1878 trat eine 45 Jahre alte Köchin mit folgenden Erscheinungen in die Frauenabtheilung des Mjassnizky-Hospitals:

Auf der Streckseite der Vorderarme, auf der Dorsalfläche der Hände und Unterschenkel, weniger am Rumpfe, sind rundliche Papeln verbreitet, kleinerbsengross, von blaurother Färbung; die Haut zwischen den Papeln juckt etwas, ist aber dem Anscheine nach normal. Rachenschleimhaut roth, Tonsillen geschwollen. Die Lymphdrüsen normal. Die Kranke fiebert: Abendtemperatur 38·0°, Morgentemperatur 37·8°.

Das Exanthem hatte sich vor einer Woche gezeigt, die Entwickelung war in einer Nacht erfolgt und wurde von einem fieberhaften Zustande und unbedeutendem Jucken begleitet. Im Verlaufe der folgenden Tage des Aufenthaltes im Hospital verschwanden der fieberhafte Zustand und der Ausschlag; an Stelle des Exanthems blieb nur eine unbedeutende Pigmentirung zurück.

Einen Monat später, am 10. Juli, trat wieder Fieber auf und zeigte sich von Neuem das Exanthem, meist an denselben Stellen. Drei Tage darauf erscheinen auf der hinteren Pharynxwand, auf dem linken hinteren Gaumenbogen und auf dem weichen Gaumen einige erbsengrosse rundliche Erhöhungen; die sie umgebende Schleimhaut röther als an anderen Stellen. Die Erhöhungen fühlen sich härtlich an; die hintere Pharynxwand ist trocken; Zunge belegt; die submaxillaren und die Halslymphdrüsen normal. Im weiteren Verlaufe der Krankheit stiess sich das einige Erhöhungen im Rachen bedeckende Epithel ab, wodurch sich oberflächliche Erosionen bildeten. Bis zum 20. Juli verschwanden alle Erscheinungen, sowohl auf der Haut als auf der Schleimhaut, gleichzeitig. Am 22. Juli erkrankte Pat. an einem Erysipel am Fusse, welches sich darauf am Rumpfe bis auf das Gesicht verbreitete. Unter allmälig zunehmender Entkräftung der Patientin erfolgte nach Hinzutritt von Decubitus und Pyämie am 4. August der Tod.

Campana hat im Jahre 1877 eine Abhandlung über Erythema multiforme veröffentlicht (diese Vrtljhrsch. 1878 p. 318), in welcher vorzugsweise der anatomische Befund von excidirter Haut von Interesse war. Die Ergänzung hiezu gibt eine weitere Arbeit desselben Autors (**21**) über Erythema nodosum. Auch hier ergab die anatomische Untersuchung wie bei Erythema multiforme: die Epidermis normal, die Papillen kaum vergrössert; im Lederhautgewebe Austritt weisser Blutkörperchen aus den Gefässen der Cutis, Schwellung der Bindegewebselemente und Zellenanhäufung in den perivasculären Lymphräumen und um die Schweissdrüsen und Haarbälge, überdies aber Anhäufungen von rothen Blutkörperchen und von Hämatinschollen im Cutisgewebe. Keine Zerreissung der Gefässwände.

Der Verf. legt weniger Gewicht auf die angioneurotische Natur beider Arten von Erythem, als auf deren Zusammenhang mit Rheumatismen und rheumatischen Entzündungen seröser Häute. Der Unterschied des Erythema exsudativum multiforme vom nodosum oder contusiforme scheint ihm in der bei letzterer Form hinzukommenden entzündlichen (nicht rein auf Stase beruhenden) Hämorrhagie gegeben.

I. Neumann dagegen hält (**22**) das Erythema nodosum für eine idiopathische Erkrankung, welche mit dem Er. multiforme (Hebra)

nur den Namen theile; denn das Erythema multiforme komme in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien als E. papulatum, annulare, Iris, gyratum epidemisch vor und gehe die eine Form desselben in die andere über; aus dem E. papulatum entstehe durch Abflachung des central gelegenen Knötchens das E. annulare, aus diesem das gyratum und durch Nachschübe von neuen Exsudatmengen das E. Iris. Einen Uebergang dieser Formen in E. nodos. oder umgekehrt hat aber Verfasser bisher nicht beobachtet.

Nicht die anatomische Beschaffenheit der Haut des Unterschenkels begünstige die Proruption der grösseren Knotenbildung, sondern die Art und die Intensität des Krankheitsprocesses. Auch sei es nicht vorwiegend das jugendliche Alter, das die Entstehung des E. nodos. begünstige, gleichwie dasselbe keinen Typus annuus einhalte, und während das E. multiforme mit nur wenigen Ausnahmen ohne jede Störung des Allgemeinbefindens verläuft, zeigen sich bei dem in Rede stehenden Erythem mehr oder weniger hochgradige, oft auch gefährliche Symptome.

Verfasser führt nun einige Fälle an, deren letzter eine 45 Jahre alte, anämische Frau betraf, die vor 15 Jahren an acutem Eczem und seit zwei Jahren an chronischem Darmkatarrh gelitten hat und anfangs Jänner 1879 an E. nodosum der unteren Extremitäten gleichwie der Vorderarme erkrankte. N. fand bei der Aufnahme linsen-, kreuzer- bis thalergrosse, scharf umschriebene, dunkelgeröthete Knoten und Knollen, welche bei Berührung heftige Schmerzen verursachten. Der Ausschlag hatte sich nach vorangegangenen Frostanfällen entwickelt, welchen bald Hitze bis zu 40° folgte. Dabei war Diarrhöe mit Eiterausscheidungen vorhanden. Es wurde constatirt, dass der Ausschlag und die Fieberanfälle sich nur dann an Intensität steigerten, wenn die Eiterausscheidung behindert war. Constant waren Schüttelfröste, selbst bis zur Dauer von 3 bis 4 Stunden aufgetreten, welche die Kräfte der Kranken consumirten und denen stets der Ausschlag folgte. Erst durch Anwendung von kalten Klysmata, durch 5 Monate täglich 1 bis 2 Mal, sistirte allmälig die Eiterausscheidung und trat Besserung des Leidens ein. Hier konnte der Verf. das E. nodosum nur als Lymph- und Blutgefässentzündung auffassen, wobei die Knotenbildung durch Resorption von Eiter bedingt sein konnte. Die Ansicht Bohn's gewinnt nach N. für Fälle von E. nodosum dieser Art viel an Wahrscheinlichkeit, dass nämlich die Knoten durch einen circum-

scripten hämorrhagischen Infarkt der Capillaren und feineren Arterien der Haut entstehen. (Das E. nodosum kommt oft zugleich mit dem E. multiforme vor und Ref. hält die Gründe für eine Trennung beider Formen nicht für stichhaltig. Nur die Tiefe der Localisation in der Haut macht den Unterschied. Beide verhalten sich zu einander wie eine oberflächliche Phlyctaenose zu einem Furunkel. A.)

Brochin citirt (23) eine Beobachtung von Cordes, welcher über zwei Fälle von Terpenthin-Erythem nach internem Gebrauche berichtet (analog dem Copaiv-Balsam); ferner zwei Fälle von Creosot-Urticaria nach Bernard. Doch trat im ersten Fall trotz des Fortgebrauches von Creosot keine weitere Eruption auf und der zweite Patient hat gleichzeitig auch Chinin genommen.

Hyde schildert (24) einen Fall von vesiculo-bullöser Jodkalium-Eruption bei einem 11 Monate alten, wegen Eczem mit Jodkalium behandelten Kinde. Der Ausschlag war über den behaarten Kopf, das Gesicht in Form eines Eczema impetiginosum verbreitet; über die Extremitäten und den Rücken in Gestalt von kleinen und grossen Bläschen und Blasen von festerer Consistenz und theilweise halb gelatinösem, gekochtem Sago ähnlichen Inhalte; hie und da gedellt. Die Eruption verschwand nach und nach.

Finny beschreibt einen ähnlichen Fall, in welchem jedoch die Eruption vorwaltend die eine (rechte) Seite des Körpers einnahm.

Beide Autoren beziehen sich auf die verhältnissmässige Seltenheit derartiger Ausschläge nach Jodkalium, und werden aus der Literatur die Angaben von Bumstead, Tilbury Fox, Hutchinson, Duhring, R. W. Taylor, Otis hervorgehoben. Hyde spricht sich zweifelnd gegenüber der Ansicht von T. Fox aus, dass der Sitz der Eruption in den Talgdrüsen sei, da die Eruptionen auch an den Handtellern und anderen von Talgdrüsen freien Regionen vorkommen. Ueberdies spreche das schnelle Auftreten der Eruption oft schon einige Stunden nach der Anwendung und das Vorkommen blutigen Inhaltes der Efflorescenzen gegen die Sicherheit der obigen Annahme.

In der an den Vortrag Hyde's in der Americ. Dermat. Assoc. geknüpften Discussion wurde von mehreren Seiten hervorgehoben, dass bei Bromkaliumgebrauch die gleichzeitige Anwendung von Arsenik gegen die Eruption schütze.

Nach einer Krankengeschichte von Tortora (25) erkrankte ein 15jähriger Arbeiter an Kälte und darauf folgender Hitze, fühlte inzwischen Anschwellungen an den Handtellern und den unbeschuhten Sohlen; er musste wegen des Schmerzes an letzteren nach Hause getragen werden, wo sich alsbald nach dem Auftreten von rothen Flecken unter zunehmender Anschwellung Blasen an den Vorderarmen zeigten. Unter beständigem Schmerz und grosser Fieberhitze (40°) erhob sich andern Tags die Epidermis an den Handtellern und Sohlen zu je einer einzigen grossen Blase, während hanfkorngrosse Bläschen an der Schleimhaut der Lippen, am Zungenrande und Zungenbändchen, am harten Gaumen und an den vorderen Partien des Gaumensegels auftraten; auch Ohrmuschel und Ohrläppchen zeigten dieselben Eruptionen. An der mittleren Sternalgegend waren sie bis kreuzergross, an Schultern und Oberarmen etwas kleiner. An den Vorderarmen waren dieselben meist confluirend, von einem weinrothen Hofe umgeben, ihre Grösse war in Zunahme begriffen. Hand- und Fussrücken blieben ganz frei, der Bauch fast frei, der Penis war von kleinen Bläschen dicht besetzt, die in zunehmender Dimension die eine Hälfte des Scrotums zu einer einzigen Blase erhoben. Die Genito-Cruralfalten, die vordere und innere Fläche der Oberschenkel, sowie das Knie waren gleichmässig von 1 Centesimo grossen Blasen bedeckt, in der Kniekehle und am unteren Theile des Unterschenkels zeigten sie Nussgrösse. Die Therapie bestand in der Anwendung kalter Bäder, von Chinin, Bromnatron und Eispillen; am 3. Krankheitstage ist der Schmerz noch grösser, der Patient fühlt sich wie im Feuer; am 4. Tage färbt sich der Blaseninhalt lichtgelb, am 5. Tage werden die Blasen punktirt; darauf sinkt die Temperatur, die bisher immer über 40° war, auf 39·5°; der Schmerz lässt bedeutend nach, die Bäder werden fortgesetzt und am 7. Krankheitstage hörte die Secretion unter der Epidermis auf. Am 9. Tage kein Fieber, die Bäder werden jetzt lau bereitet. Nach 14 Tagen ist die Schleimhaut des Mundes restituirt, nach 19 Tagen auch die Hautdecke der Arme und Hohlhand, welche jedoch noch mit rothen Flecken bedeckt sind, auch letztere waren am 32. Krankheitstage, wo Patient geheilt entlassen wurde, verschwunden. Der von Primavera chemisch untersuchte Blaseninhalt zeigte alkalische Reaction, eine hellgelbe Farbe, und enthielt ein weissliches, gelatinöses Gerinnsel, das aus langsam geronnenem Fibrin bestand. Die Flüssigkeit enthielt einige farblose Blutkörperchen und auf den Liter 60 Grm.

Eiweiss, d. i. ein Viertel weniger als das Blutserum enthielt. Krystalle fehlten. Der Harn wies nur eine Vermehrung der Urate aus. Der ganze Krankheitsverlauf entsprach dem eines acuten Exanthems.

Von sechs Kindern gesunder Eltern waren nach einer Mittheilung von T. Fox (26) drei am Leben und gesund, eines starb sechs Tage nach der Geburt mit völlig mangelnder Haut über den Knieen; ein anderes (Mädchen) sechs Jahre alt, war seit ihrer Geburt von Blasen-Eruptionen in verschiedener Ausdehnung heimgesucht, dabei aber entwickelte sich ein allgemeiner atrophischer Zustand der Haut theils mit Dünnheit und Trockenheit, theils mit Abschuppung, Verlust der Nägel, Atrophie der Zähne, Eingesunkensein der Nase, Deformation einiger Gelenke, Fingercontracturen, allgemeine Abmagerung. Das letzte Kind, 2¹/₄ Jahre alt, wurde ebenfalls mit Blasen geboren und litt seither daran, war schwach, Schleimhäute excoriirt, Blasen auf der Zunge, die Haut verdickt und flockig, auf den Sohlen warzenartige Verdickung, die Nägel im schnellen Wechsel begriffen.

Der Verfasser hält den Pemphigus nicht für die substantive Erkrankung, sondern nur für den Ausdruck mangelnder „Enervation“ in Folge allgemeiner Wachsthumsanomalie der Haut.

v. Ritter tritt (27) den Anschauungen entgegen, welche Behrend (diese Vierteljahresschr. 1879, pag. 192 ff.) über die von dem Ersteren als Dermatitis exfoliativa jüngerer Säuglinge beschriebene Hautaffection (siehe diese Vierteljahress. 1879, pag. 129) ausgesprochen hatte. v. Ritter weist nämlich die Analogie zwischen dieser Krankheit und dem Pemphigus foliaceus entschieden zurück, indem er sich auf die kurze und begrenzte Dauer (eine Woche) des Processes bei Säuglingen, auf den vollständigen Wiederersatz der Hautpartien, auf die nur nebensächliche Rolle oder das Fehlen der Blasenbildung, auf das stets vorhandene allgemeine initiale Erythem der Hautdecken, endlich auf den Ausgang in Genesung bei der Mehrzahl seiner Fälle stützt. Die Fälle, welche Litten (bei Behrend a. a. O.) in Form einer kleinen Epidemie verlaufen sah, hält v. Ritter ebenfalls nicht für Pemphigusfälle, sondern für identisch mit der Dermatitis exfoliativa. Die Contagiosität derselben, sowie seiner eigenen Fälle stellt Ritter bestimmt in Abrede und hält an seiner Annahme der pyämischen Natur des Processes fest.

In der Antwort auf v. Ritter's Replik besteht dagegen Behrend (28) darauf, dass die von v. Ritter selbst beschriebene „Abhebung, Abspülung, Loslösung der Epidermis durch Flüssigkeit und Entblössung des Corium von Epidermis" sowohl einer Verbrennung zweiten Grades, als jenem nach monatelangem Bestehen eines Pemphigus sich entwickelnden Zustande der Haut entspreche, welcher den Pemphigus foliaceus repräsentirt. Der Unterschied zwischen Dermatitis exfoliativa und dem erstern bestehe aber darin, dass der Process bei den Säuglingen direct und primär gleich in der exfoliativen Form auftrete und wegen seiner kurzen Dauer weder eine definitive Regeneration der Haut noch eine Wiederherstellung des Organismus unmöglich mache, während der Pemphigus exfoliativus mit seinem chronischen Verlauf die Erscheinungen des Marasmus ausnahmslos nach sich ziehe.

Lande hat (29) eine Varietät von Herpes genitalis beobachtet, welche in die Gruppe des Herpes Zoster rangirt werden sollte. Verf. berichtet über einige Fälle von Herpes genitalis, bei denen stets durch zwei oder drei Tage Neuralgie in der Umgebung vorausgegangen war. Bei einer Dame traten bald Zeichen einer mehr weniger intensiven Ischias, bald ovarielle Schmerzen vorher auf, ehe die Eruption auf der rechten grossen Schamlippe sich zeigte, zugleich mit einem Plaque von Bläschen unter dem vorderen oberen Darmbeinstachel. Derlei Formen wiederholen sich alle zwei bis drei Monate viele Jahre hindurch. In einem dritten Falle des Verf. zeigte sich jedesmal vor der alle 2—3 Monate wiederkehrenden Eruption Schmerz und Hyperästhesie der rechten unteren Extremität. Zuweilen tritt nach leichtem Jucken in der Höhe des Dornfortsatzes des letzten Lendenwirbels eine Eruption in Form einer Gruppe von transparenten Bläschen in der Ausdehnung eines Francstückes auf.

Den neurotischen Ursprung des Lichen planus behauptet C. Fox (30) übereinstimmend mit den Angaben von Tilbury Fox (Lehrb. 1873) und Hutchinson (Clinic. Lectures 1879). Er erinnert an Fälle von vorhergehender Nervendepression und sympathischen Störungen, ferner an das Fehlen wirklicher entzündlicher Localsymptome und beschreibt dann zwei Fälle, in welchen die Eruption in Bandform längs der inneren Schenkelfläche von der Lende bis zum Knöchel sich erstreckte. Schliesslich schildert er den Uebergang von Lichen planus in Lichen ruber Hebra's in einem Falle.

31. Hardy. Eczem der Zunge und der Wangenschleimhaut. (Gaz. des Hôpit. Nr. 7. 1879.)

32. Geber. Entzündliche Processe der Haut durch eine bisher nicht bestimmte Milbenart verursacht. (Wiener med. Presse Nr. 43, 44, 45. 1879.)

33. Klaman. Carbolsäure gegen Bienenstiche. (Med. Centr.-Ztg. Nr. 46. 1879.)

34. Tilbury Fox. Ein Fall von Guinea-worm. (Lancet I. Nr. 10. 1879.)

35. Simon. Ueber Prurigo und die Behandlung derselben mit Pilocarpin. (Vortrag, gehalten am 25. Juli 1879 in der schles. Ges. f. vaterl. Cultur. — Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. 1879.)

36. Thomas. (New-York.) Ueber Pruritus vulvae. (The Boston med. and chir. Journal. — Annales de la société de méd. de Gand, Livr. X. 1879.)

Hardy zeigte (**31**) einen 50jährigen Mann, der angab, seit 10 Jahren ein unangenehmes Jucken und Brennen im Munde zu haben. Auf der Zunge finden sich weisse, aus verdicktem Epithel bestehende Plaques, um diese herum zahlreiche kleine, weisse Punkte, die Epithelverdickungen auf einzelnen Papillen entsprechen. Da und dort finden sich zur Seite der Plaques kleine oberflächliche Geschwüre ohne Induration der Umgebung. An beiden Innenflächen der Wangen dieselben Plaques.

Kauen und Sprechen ist erschwert, Geschmack nicht alterirt.

Pat. hat Eczem auf Armen und Rücken, und hauptsächlich wegen dieser Coïncidenz erklärt H. die Mundaffection für eine eczematöse.

Geber berichtet (**32**) über eine neue, die menschliche Haut afficirende Milbenart. Beim Ausladen von Gerste ereignete es sich nämlich, dass die damit beschäftigten Taglöhner schon nach wenigen Minuten von heftigem Jucken und Brennen befallen wurden. Sofort wurde indess bemerkt, dass beim Abheben der Gerstensäcke aus denselben ein gelblich-bräunliches Pulver in ziemlich grosser Quantität herausfiel, und dass die Taglöhner gerade an jenen Stellen, welche von dem erwähnten Pulver bestreut wurden, über die unangenehme Empfindung zu klagen hatten.

Das durch Schütteln der Gerste erhaltene Pulver sieht wie eine

zu feinstem Mehle gemahlene Zimmtrinde aus, worin einzelne Gerstenkörnertheile und Spelzen sich vorfinden. Unter dem Mikroskop findet man reichlich theils lebende theils abgestorbene Thierchen und deren Rudimente. Aus den mehrfachen Versuchen, die Verf. mit Rücksicht auf die Einwirkung des Pulvers angestellt hatte, ergibt sich, dass die darauffolgenden Erscheinungen dem Intensitätsgrade nach sich in drei Kategorien theilen lassen: Die leichteste Form der Erkrankung besteht in einem Ausbruche einer Urticaria. Versucht man die Epidermis in der Nähe der Follikelmündungen vorsichtig abzuheben, so findet man fast ausnahmslos die Thierchen an derselben haften. Diese sterben zwar im Allgemeinen schon nach einigen Stunden ab, allein der bereits eingeleitete Reiz an der Haut wirkt dermassen nachhaltig fort, dass der Process selber bis zum völligen Erlöschen 24 bis 36 Stunden braucht. Ist die Haut empfindlicher und der Reiz ein intensiver, so fängt die Haut an rauh zu werden und im weiteren Verlaufe gewahrt man an den betreffenden Stellen einen mit hochgradigem Jucken verbundenen und auf gerötheter Basis sich entwickelnden Ausschlag von stecknadelkopfgrossen Knötchen, Bläschen und Pustelchen, so dass nunmehr Quaddeln mit eczematösen Erscheinungen abwechselnd zum Vorschein kommen. Nur allmälig (nach etwa 24 Stunden) schwindet die Urticaria und es bleibt dann ein noch immer zunehmendes Eczema zurück.

Bei dem höchsten Grade der Entwicklung kommt es zu einer ausgesprochenen Dermatitis. Hat die Dermatitis ihre Akme erreicht, so beginnt nach 1—2tägigem Stationärbleiben die Involution, und die einzigen zurückbleibenden Erscheinungen sind die verschieden dunklen Pigmentirungen und Kratzeffecte der Haut.

Die lebenden Thiere sind von länglich ovaler Form, gelblich weisser Farbe und durchschnittlich 0·022 Mm. Grösse, so dass sie mit freiem Auge nur während der Bewegung aufzufinden sind. Am Körper lassen sich drei Abschnitte unterscheiden: der Kopf, welcher sich durch eine seichte Einschnürung vom Vorderleibe trennt und welch' letzterer wieder hinter dem zweiten Fusspaare sich durch eine Querfurche vom Hinterleibe abgrenzt. Wie der Vorderleib so hat auch der Hinterleib je 2 Paar Füsse, demnach im ganzen 4 Paar Gliedmassen anzutreffen sind. Der Kopf stellt eine Kegelform mit schmälerem Vorder- und breiterem Hintertheile dar. An dem ersteren sieht man eine verschiebbare röhrige Bohrwaffe (Kieferfühler in Stiletform), welche

von frei gezähnten Mandibeln eingeschlossen ist und bis zur Lippe zurückgezogen werden kann. Am Beginne des Vorderleibes ist das erste fünfgliederige Fusspaar angebracht, welches fast symmetrisch aufsitzende Borsten hat und am Fussende zwischen den Borsten befindlich je eine nach aussen gekehrte Hakenklaue besitzt. Letztere sind indess nur an dem lebenden Thiere zu bemerken, während bei dem abgestorbenen das Ende dieser Gliedmassen eingerollt erscheint. Hinter dem ersten Fusspaare befindet sich je ein aus einer dellenförmigen Vertiefung gestielt hervorragendes häutiges Bläschen (Schwingkolben), welches vollständig durchsichtig ist und von dem Thiere willkürlich eingezogen oder hervorgeschnellt werden kann. Unmittelbar dahinter und noch am Vorderleibe befindlich folgt das zweite fünfgliedrige Fusspaar, welches sich von dem ersten dadurch unterscheidet, dass es mit einer bläschenartigen, auf einem Stiele aufsitzenden Haftscheibe endigt. Der Stiel der Haftscheibe ist wieder zweifach gegliedert und an jedem Gliede dichotomisch getheilt. Auf das zweite Fusspaar folgt die oben erwähnte, Vorder- und Hinterleib von einander trennende Querfalte. An dem Hinterleibe sind die noch rückständigen zwei Fusspaare angebracht, welche gleich dem oben beschriebenen zweiten Fusspaare fünfgliedrig sind und ebenfalls bläschenartige auf einem Stiele aufsitzende Haftscheiben haben. Das letzte Fusspaar unterscheidet sich von den vorherigen zweien durch eine auffallend lange Borste, welche am letzten Gliede jedes Fusses vorkommt. Der Leib schliesst rundlich ab. Ein ziemlich grobstämmiges Tracheensystem theilt sich in der Darmgegend in mehrere feinere Zweige ab, wodurch das ganze Thier wie von einem Röhrensysteme durchzogen wird. Am Rücken des Thieres zerstreut finden sich symmetrisch gestellte, auf breiter Basis aufsitzende Dornen vor. Geschlechtstheile waren nicht aufzufinden.

Da in der Akarinenlehre keine derartige Milbe beschrieben oder bekannt ist, bezeichnet der Verf. diese Milbe als Chrithoptes (richtiger: Krithoptes von κριθή Gerste. A.) monunguiculosus — einklauige Gerstenlarve.

Carbolsäure hat Klaman (33) mit vorzüglichem Erfolge gegen Bienenstiche angewendet. In einem sehr schweren Falle bestand die Therapie in kalten Umschlägen auf den Kopf und einer Injection von 0·005 Acid. carbol. in Lösung in der Nähe der Stelle, wo durch

ein blaues Pünktchen die Stichstelle an der Lippe angedeutet war. Schon nach 15 Minuten war eine Abschwellung der Lippe und Augenlider deutlich bemerkbar und ebenso besserten sich allmälig die allgemeinen Erscheinungen. Im Verlaufe von $^{3}/_{4}$ Stunden traten noch 3 Anfälle von convulsivischem Zittern auf. Nach 2 Stunden konnte indessen die Frau schon sprechen und Tags darauf war sie vollkommen wohl. Nur die Unterlippe blieb noch einige Tage leicht geschwollen.

Bei einer vor eilf Monaten aus Indien (Hyderabad) heimgekehrten jungen Dame, die acht Monate lang gesund geblieben war, hatte sich nach T. Fox (**34**) drei Monate vor der Consultation an der Aussenseite eines Fusses eine beträchtlich juckende Beule ausgebildet. Aus derselben war beim Anstechen wässerige Flüssigkeit ausgeflossen, die Umgebung geschwollen und livid. Die Oberfläche wurde abgetragen und es gelang aus dem Innern der Beule einen Wurm zu entfernen, worauf die Heilung sehr rasch erfolgte. Nach kurzer Zeit kam an einer anderen Stelle des Fusses eine zweite Wurmbeule zum Vorschein. Der aus derselben entfernte Wurm hatte eine Länge von 23$^{1}/_{2}$ Zoll. Verf. legt bei der Behandlung des Guineawurms Werth auf die innerliche Verabreichung von Assa foetida.

Simon hat (**35**) bei einer grösseren Reihe von Versuchen das Pilocarpin als ein sehr günstig einwirkendes Mittel gegen Prurigo bewährt gefunden.

Die Art der Anwendung war folgende: Im Allgemeinen wurde Erwachsenen täglich einmal eine subcutane Injection von 1 Grm. einer 2%igen Lösung von Pilocarpinum muriaticum gemacht, so dass der Pat. 0·02 Pilocarpin erhielt. An Stelle des Pilocarpins machte Verf. auch vielfach Gebrauch von Syrupus Jaborandi. Dieser bisher noch nicht officielle Syrup ist nach Analogie des Syrupus chamomillae hergestellt, nämlich 3 Theile Folia Jaborandi mit 15 Theilen Aq. destill. bull. übergossen und im Filtrat 18 Theile Zucker aufgelöst. Von diesem Syrup erhielten Erwachsene 2 bis 3 Esslöffel pro dosi, grössere Kinder 2 Kinderlöffel, kleinere Kinder einen Kinderlöffel. Stets wurden die Pat. sofort nach der Application des Mittels in wollene Decken gehüllt, und blieben zwei bis drei Stunden darin liegen.

Während bei Psoriasis-Kranken meist absolut keine Schweisseruption an den erkrankten Stellen zu erzielen war, schwitzten selbst hochgradig Pruriginöse meist sofort profus.

Die bekannten Nebenwirkungen des Pilocarpins waren bei Pruriginösen ganz die nämlichen, wie bei anderen Kranken. Am lästigsten fiel auch hier die speicheltreibende Kraft des Mittels. Bei einzelnen Pat. wurde Nausea hervorgerufen, und bei einigen musste wegen jedesmaligen starken Erbrechens die Kur aufgegeben und zu einem anderen Verfahren übergegangen werden. Der Syrupus Jaborandi, welcher in grossen Dosen dieselben Nebenwirkungen hat, wurde meist recht gut vertragen.

Der heftige Juckreiz liess nach den ersten Applicationen des Mittels nach oder verschwand alsbald gänzlich, wie dies freilich auch bei anderer Medication nicht selten der Fall ist.

Bald wird auch das Exanthem auffallend geringer, es erfolgen geringere Nachschübe pruriginöser Eruptionen, und da die Pat. wenig oder gar nicht mehr kratzen, wird die Haut in den folgenden Tagen immer glatter. Die Inguinaldrüsen schwellen ab, ohne dass eine locale Therapie erforderlich wäre. Sodann beginnt die Haut auch weicher zu werden, und die tiefen Furchen, ein Ausdruck der starken Wucherung des Papillarkörpers, werden flacher. Im Allgemeinen ist schon nach 14 Tagen, in hochgradigen Fällen nach 3—4 Wochen eine vollständige Involution erfolgt. Nur wenige ganz inveterirte Fälle verlangten eine längere Fortsetzung der Kur.

Später combinirte Verf. das blos interne Verfahren mit örtlichen Mitteln und konnte sich überzeugen, dass der Verlauf des Uebels ein noch schnellerer war. So kann man die Pat. am Tage schwitzen lassen und des Nachts eintheeren, oder man lässt des Vormittags schwitzen, und lässt die Pat. des Nachmittags mit Oleum Rusci einpinseln, und dann ein bis zwei Stunden im warmen Bade.

Zum Schluss hebt Verf. hervor: auch das Pilocarpin ist kein definitives Heilmittel für Prurigo; die Recidive bleiben auch hier nicht aus.

Im Anschluss an diese therapeutische Mittheilung, fügt der Verf. einige Bemerkungen zur Pathologie der Prurigo hinzu:

Hebra hat bekanntlich die Prurigo für ein unheilbares Uebel erklärt. Zwar hat nun auch Simon die unbedingte Ueberzeugung, dass eine Prurigo, welche ein bestimmtes Lebensalter überschritten hat, unheilbar ist. Aber er glaubt, dass das ausgesprochenste Bild der Prurigo in den ersten Lebensjahren schwinden und vollständig heilen kann. Verf. weist nun auf die häufigen Verwechslungen von

Urticaria papulosa im frühen Alter mit Prurigo hin, sah aber von Prurigo doch einige unzweifelhafte Fälle vollständig sich involviren und heilen und formulirt daher die Prognose für Prurigo folgendermassen: Prurigo, welche über das vierte Lebensjahr hinaus anhält, ist unheilbar. Vor dem vierten Lebensjahre können ausgesprochene Fälle von Prurigo, wenn auch selten, zur Heilung gelangen.

Hinsichtlich der Verbreitung und des Vorkommens der Prurigo in Deutschland weist Verf. darauf hin, dass dieselbe (welche in England und Amerika höchst selten ist) in Wien sehr häufig, aber in Breslau und Berlin und zwar in schweren Formen ebenfalls häufig sei (2—3% aller Hautkranken).

Was die pathologische Anatomie der pruriginösen Haut betrifft, so konnte Verf. die Befunde von Derby, Gay etc. im Ganzen bestätigen, fand aber ganz die nämlichen Bilder bei Untersuchung auch anderer chronischer Entzündungszustände der Haut (wie dies Esoff selbst für gesunde Haut schon früher dargethan hat, s. diese Vierteljahressch. 1877 p. 595. A.) und möchte ihnen daher durchaus keine pathognomonische Bedeutung für Prurigo vindiciren. Besonders bezieht sich dies auf die Wucherungszustände der Haarwurzelscheiden und der Arrectores pili.

Was die haartreibende Wirkung des Pilocarpin betrifft, hatte Verf. Gelegenheit, einen Knaben mit Prurigo und Alopecia areata zu behandeln. Trotzdem Pat. drei Wochen lang mit Pilocarpin behandelt wurde und seine Prurigo sich sehr schnell involvirte, zeigte sich während und nach der Kur nicht der geringste Nachwuchs von Haaren an den kahlen Stellen.

Ferner boten sich ihm jüngst zwei Fälle von universeller Alopecia bei zwei ca. 30 Jahre alten Frauen. Beide hatten nicht nur die Kopfhaare sämmtlich verloren, sondern auch Augenbrauen, Cilien, Achsel- und Schamhaar, sowie sämmtliche Wollhaare des ganzen Körpers. Die eine Pat. entschloss sich zur Pilocarpinkur und erhielt auf der Klinik zwanzig Einspritzungen mit Pilocarpin. Einige Wochen nachher stellte sie sich wieder vor; die Wollhaare waren am ganzen Körper gewachsen. Doch wagt Verf. nicht zu entscheiden, ob dieses post hoc ein propter hoc war oder nicht. Jedenfalls sind in dieser Richtung weitere Prüfungen nöthig.

Bei anderen Hautkrankheiten versuchte Verf. die Pilocarpinbehandlung, ohne irgend welche günstige Resultate. Bei einem Falle von

hochgradigem Pemphigus foliaceus war, wie sich dies erwarten liess, die Wirkung eine sehr ungünstige. Es trat starke Röthung und Schmerzhaftigkeit der Haut ein. Bei Psoriasis war der Erfolg ein ganz negativer, ebenso bei Eczemen. Bei Lues kann man von Pilocarpin an Stelle des Zittmann'schen Decocts Gebrauch machen. Neben der Schmierkur empfiehlt sich jedoch das Mittel nicht, da Verf. in einer grossen Reihe von Fällen sehr frühzeitig Stomatitis mercurialis eintreten sah.

Eine der häufigsten Ursachen des Pruritus vulvae ist nach Thomas (36) diejenige Leukorrhöe, welche so scharf ist, dass sie den Finger des untersuchenden Arztes reizt und nach dem Coitus eine Urethritis beim Manne erzeugt. Diese unterscheidet sich von der specifischen Urethritis, dem gewöhnlichen Tripper, durch ihre kurze Dauer und leichte Heilbarkeit. Will man sich davon überzeugen, ob die Vaginalblennorrhöe die Ursache des Juckens ist — da dasselbe ebensowohl durch Ascariden, als auch durch beginnenden Diabetes bewirkt werden kann — so braucht man nur die Vagina mit Watte zu tamponiren, welche vorher in einer Auflösung von Tannin und Glycerin getränkt war. War die Leukorrhöe allein die Ursache, so wird innerhalb 12—24 Stunden die Kranke das Jucken und den Ausfluss verlieren und von beiden Leiden leicht befreit sein (? A.).

37. **Königer.** Beobachtungen über Elephantiasis auf Samoa. (Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. XXIII. Heft. 2. 1879.)

38. **Pinnock** und **Leonard.** Ligatur der Femoral-Arterie wegen Elephantiasis Arabum. (The Lancet vol. I. p. 44, 1879. — Brit. med. Journ. vol. I. p. 934, 1879.)

39. **M'Gregor.** Anwendung der Esmarch'schen elastischen Binde bei Elephantiasis Arabum. (The Glasgow med. Journ. Nr. 2. 1879. — Centralbl. f. Chir. Nr. 32, 1879.)

40. **Marquez.** Beitrag zur Lehre von der Lymphorrhagie und Lymphatokele. (Gaz. hebdom. Nr, 16. 1879.)

Nach Königer (37) soll unter den auf der Insel Samoa herrschenden endemischen Krankheiten Elephantiasis Arabum die allerhäufigste sein. Turner, Arzt der London Missionary Society,

gibt, auf eine achtjährige Erfahrung gestützt, an, dass mindestens 50% der ganzen erwachsenen Bevölkerung davon befallen werden, ja in vielen Familien leiden sämmtliche Mitglieder daran und nur in günstigen Fällen sollen die kleineren Kinder davon ausgenommen sein. Der Verfasser, der sich einige Zeit auf den „Schiffer-Inseln" aufgehalten hat, berichtet, dass er in Bezug auf die Häufigkeit der Erkrankung eine Prädisposition des Geschlechtes oder der Race nicht gefunden hat, dass aber das Alter von den Pubertätsjahren angefangen, sowie einzelne Körpertheile, so die Ober- und Unterextremitäten wie auch das Scrotum, eine besondere Neigung dazu zeigen. Turner erzählte ihm, dass Elephantiasis-Ausbruch an neunjährigen Kindern auf Samoa gar nicht zu den besonderen Seltenheiten gehört. Beide Aerzte sprechen sich dahin aus, dass die Bodenverhältnisse in erster Linie und dann die Lebensweise der Leute — ungenügende Reinlichkeit und mangelhafte Beschaffenheit der Nahrung — als krankmachende Factoren anzusehen sind. Die Einwohnerschaft Samoas hält sich nämlich fast ausschliesslich auf dem flachen Küstenstriche auf, dieser aber ist an mehreren Orten mit ausgedehnten Süss- und Brackwassersümpfen bedeckt. Werden während des Sommers, von October bis März — Samoa liegt an 13—14° s. B. — der eigentlichen Regenzeit, die bewohnbaren Plätze unter Wasser gesetzt, so pflegen dann die während der Wintermonate fast unausgesetzt wehenden kräftigen Südostpassate nicht wenig dazu beizutragen, dass sowohl der Wasserdampfgehalt der Luft, wie auch die Niederschläge im Allgemeinen reichliche seien. Um diese Zeit sollen auch bei den meisten Leuten die ersten unter dem Krankheitsbilde des Erysipels auftretenden Attaquen erscheinen und bei jenen, die bereits damit behaftet sind, dieselben sich häufiger einstellen. Turner glaubt daher, dass die Eleph. Arabum gewissen miasmatischen Einflüssen unterliege und behält diese Auffassung bei seinem therapeutischen Vorgange bei. Im Beginne der Erkrankung, bald nach den ersten Erysipel-Anfällen, empfiehlt er Veränderung, resp. Verlassen des Aufenthaltsortes und nur dort, wo dies nicht ausführbar ist, verordnet er durch längere Zeit zu gebrauchende grosse Dosen Chinin oder Arsenik. Hat sich die Verdickung der betreffenden Körpertheile in dem Grade entwickelt, dass eine Rückbildung nicht vorauszusetzen ist, so wird zur Operation geschritten. K. führt zum Schlusse die von Turner bei Eleph. scroti mit besonders günstigem Erfolge — von 75 operirten Fällen starb

einer an colliquativer Diarrhoe — geübte Operationstechnik an. Das Verfahren unterscheidet sich von dem sonstigen blos durch Anlegen eines stählernen Klemmapparates zur Verhütung von Blutungen.

Pinnock berichtet (38) über eine 40jährige Wäscherin, deren Eltern nicht an Elephantiasis litten, welche im Uebrigen gesund erscheint — nur ein systolisches Geräusch besteht an der Herzspitze — und welche vor 20 Jahren nach der Geburt des ersten Kindes eine Anschwellung der linken Knöchelgegend bekommen haben will, vor 8 Jahren ebenfalls am rechten Knöchel. Die Anschwellungen haben sich allmälig bis zur Mitte des Unterschenkels verbreitet, sind fest anzufühlen und leicht geröthet. Der Umfang beträgt in der Wadengegend links $27^1/_2$'', rechts $26^1/_2$'', am Fussgelenk links 28'', rechts 26''. Knötchenförmige Hautexfoliationen bestehen an beiden Beinen, ebenso aus diesen hervorgegangene Geschwürsstellen. Da alle angewandten Mittel ohne Erfolg geblieben waren, so beschloss P. nach Carnochan die Ligatur der linken Femoralis, obwohl Holmes ihr nur einen temporären Erfolg vindicirt und Erichsen unter 15 Fällen nur 7 Heilungen und 3 Besserungen verzeichnet fand. Als nach 7 Wochen die Operationswunde geschlossen war, betrugen die Masse: Wade links $23^1/_2$'', rechts 23''; Fussgelenk links $22^3/_4$'', rechts 19''; als Pat. einige Tage aufgestanden war: Wade links 25'', rechts $24^1/_2$''; Fussgelenk links $24^1/_2$'', rechts $21^1/_4$''. Nach 4 Monaten sind dieselben Masse vorhanden: Wade links $23^1/_4$'', rechts $23^1/_2$''; Fussgelenk links 25'', rechts $22^1/_2$''; am linken Beine bestehen keine Geschwüre, am rechten nur einige; auf die Eruption neuer Knötchen am Beine üben Digitalis und Ergotin sichtlichen Einfluss.

Einen ähnlichen Fall beschreibt Leonard: Der 19 Jahre alte Bursche hatte England nie verlassen. Nach den Angaben der Mutter soll das ganze rechte Bein seit dem 5. Lebensmonate sichtlich stärker geworden sein und seitdem langsam aber gleichmässig bis vor 3 Monaten an Dickenwachsthum zugenommen haben. Das hypertrophische rechte Bein fühlte sich fest an, die Anschwellung reichte bis zu den Nates hinauf und war am stärksten im unteren Theile des Unterschenkels. Die verdickte Haut des Fusses und der hinteren Fläche des Unterschenkels war rauh, dunkel gefärbt; rechterseits bestand eine Hydrokele und Verdickung des scrotalen Gewebes. Die Masse der Beine waren in der Mitte des Oberschenkels rechts $19^1/_2$'',

links 15", am Knie rechts 16", links 12", in der Mitte des Unterschenkels rechts $23^1/_2$", links $10^1/_2$", am Rücken des Fusses rechts $13^1/_4$", links 8", an der Basis der Zehen rechts $11^1/_4$", links 8".

Absolute Ruhe mit erhöht gelagertem Fusse verminderte nur etwas das Volumen des Beines. Ligatur der Femoralis mit nachfolgenden Einwickelungen ergaben nach 3 Monaten folgendes Resultat: die Hydrokele ist verschwunden. Die Masse in der Mitte des Oberschenkels sind 17", des Unterschenkels $10^1/_4$", des Fusses $10^1/_2$", und an der Basis der Zehen $9^1/_4$". Nach fast 3 Jahren 19, $11^1/_2$ und $10^1/_4$ Zoll.

In diesem Falle ist somit nicht nur ein Stillstand des Processes, sondern auch ein Rückgang durch die Ligatur bewirkt worden. In 69 Fällen von Arterienligatur wegen Elephantiasis Arab. trat 40mal Heilung, 13mal Besserung (3mal nur vorübergehend) ein, 16mal blieb der Zustand ungeändert.

Eine 30jährige Frau litt nach M'Gregor (39) an Elephantiasis der linken grossen Schamlippe; dieselbe war in einen birnförmigen Tumor verwandelt, welcher gegen sein dickeres unteres Ende hin 12 Zoll, an der engsten Stelle oben 6 Zoll im Durchmesser hatte. Er reichte hinab bis an das Knie. Die Oberfläche war stellenweise gewulstet und zeigte zwei oder drei ulcerirende Flächen. Das Gewicht des Tumors betrug ungefähr $21^1/_2$ Pfund.

Vf. operirte die Frau in ihrer Privatwohnung auf folgende Weise: Nachdem in der Längsaxe des Tumors ringsherum, etwa in der halben Höhe beginnend, Heftpflasterstreifen applicirt worden waren, wurden die freien Enden derselben zusammengerollt und mit einer Schnur verbunden, welche durch einen an der Decke befindlichen Kloben gezogen wurden. Dadurch konnte der Tumor in die Höhe gehoben und gehalten werden. Jetzt begann die Narkose und dann die Einwicklung des Tumors mit einer Gummibinde von unten nach oben zum Halse des Tumors hin. Obgleich die Binde nicht sehr fest angezogen wurde, so presste sich doch so viel Parenchymflüssigkeit nach oben, dass der Mons veneris und seine Umgebung ödematös wurden. Es musste daher schnell so hoch als möglich der constringirende Gummischlauch fest angelegt werden. Als nun die Binde entfernt und die Haut des Tumors punktirt war, entleerte sich noch eine grosse Quantität seröser Flüssigkeit aus den Stichöffnungen in sehr kurzer Zeit. Nach Durch-

ziehung zweier Fäden durch den Hals der Geschwulst dicht am Gummischlauch schnitt Vf. mit wenigen Messerzügen den Tumor ab. Blut entleerte sich dabei nicht, und verlor Pat. auch nur wenige Tropfen desselben, als nach Unterbindung von 20 Gefässen der constringirende Schlauch entfernt worden war.

Pat. genas sehr schnell und behielt eine erstaunlich geringe Deformität zurück.

Nach der Operation wog der Tumor wegen seines Verlustes an Blut und Serum nur noch 10 Pfund. In diesen Fällen wirkt die elastische Constriction in der That blutersparend und glaubt Vf. daher, dass diese Operationsmethode allen übrigen vorzuziehen sei.

Ein 19jähriger Junge, gross, lymphatischer Constitution, sehr abgemagert und elend, so dass er kaum gehen konnte, bot nach der Krankengeschichte von Marquez (40) am rechten Oberschenkel folgendes Bild: An der vorderen, inneren Seite des Schenkels ein in der Breite mehr als $^1/_3$ des Schenkelumfanges einnehmender, teigiger, hier und da härtliche Stellen enthaltender, völlig schmerzloser und auf der Fascie beweglicher Tumor, der ca. 3 Querfinger unter der Inguinalfalte beginnt, sich diffus bis in die Gegend des inneren Tibiaknorrens ausbreitet, und im unteren Drittel von einer tiefen Querfurche durchzogen ist. Auf der Haut des Tumors und der Inguinalgegend sind mit der Loupe leicht hier und da zerstreute Lymphatokelen zu sehen. Auf der bräunlich verfärbten Haut des oberen Geschwulstantheiles, sowie auf der ganz gesunden der Regio ilio-pubica finden sich warzenähnliche, bräunliche Auswüchse (Mollusca elephant. et lymphorrhag. nennt sie der Vf.), die jedoch elastisch sind; die Palpation zeigt deutlich das Vorhandensein einer varicösen Dilatation des oberflächlichen Lymphgefässnetzes. Aus der Spitze der besagten Auswüchse wird, insbesondere wenn durch Muskelanstrengung oder das Reiben an den Kleidern der Tumor gereizt ist, eine milchähnliche Feuchtigkeit secernirt. Im Alter von 7 Jahren war der Junge typhuskrank gewesen; 4 Jahre darnach waren in der rechten Inguinalgegend kleine, linsenförmige Erhabenheiten (ähnlich, wenn auch viel kleiner, wie obige Excrescenzen) erschienen, ohne sonstige Veränderungen an der Haut. 5 Jahre hiernach soll der rechte Oberschenkel oben an der Innenseite angeschwollen sein, nachdem 4 Wochen lang zuvor ein gastrisches Fieber bestanden hatte. Die Geschwulst entwickelte sich bald

zu ansehnlicher Grösse; die Achseldrüsen rechterseits schwollen temporär an und wieder ab, während in der Leistenbeuge es überhaupt nie im Verlaufe dieser Krankheit zu Drüsenschwellungen kam. Exstirpation der Geschwulst an der Innenseite des Schenkels. Was von der Haut krank war, wurde in den Ovalairschnitt mit einbezogen, und die Loslösung der Geschwulst begonnen. Die fibrösen Adhärenzen zwischen Tumor und Aponeurose sehr reichlich, stellenweise sehr dick und fest. Blutung unerheblich. Das entfernte Stück wog fast 1 Kilogramm; die spätere mikroskopische Untersuchung desselben ergab: Hypertrophie aller Elemente der Haut und des subcutanen Zellgewebes über der Fascie. Nachdem die Heilung ohne Zwischenfälle erfolgt war, wurden die grösseren der oben erwähnten Lymphe secernirenden Excrescenzen in 4 Sitzungen mit dem Glüheisen zerstört. Gegen die kleineren wurde Perchlor. ferri und Jodtinctur angewandt. Heilung nach 3 Monaten, die nach 4 Jahren fortbesteht. Pat. ist gesund und Vater eines kräftigen Knaben.

41. Thin. Ueber die Pathologie des Lupus, mit besonderer Beziehung auf die sog. Riesenzellen. (Med. Chir. Transact. [Royal Soc. of London] Vol. 62, 1879.)

42. Piffard. Weitere Beiträge zur Lupusbehandlung. (The Medical Record 5. April 1879.)

43. Duffin. Salicylsäure local bei ulcerösem Lupus. (Med. Times, April 1879.)

44. Jamieson. Ein sehr ausgebreiteter Fall von Lupus erythematosus. (Edinb. med. Journ. Mai 1878.)

45. Anderson. Ueber den Gebrauch von Jodstärke gegen Lupus erythematosus. (Brit. med. Assoc. 1879.)

46. van Harlingen. Ueber ulcerirendes Scrofuloderma. (Arch. of. Dermat. April 1879.)

Thin hat (41) über die sogenannten Riesenzellen bei Lupus die Ansicht gewonnen, dass dieselben nicht unabhängige organische Bildungen seien, sondern dass die Wände der „Riesenzellen" nichts Anderes als veränderte Blutgefässröhren, die als Protoplasma beschriebenen Objecte zerfallene rothe Blutkörperchen, die Kerne in der Peripherie Gefässwand-Kerne und die centralen Kerne Kerne von farblosen Blutkörperchen seien. Die Meinung Lang's (diese

Vtljhrsch. 1875 p. 1, 1876 p. 603), dass die Zelleninfiltration in einem Auswachsen des Protoplasma der Capillarwände begründet sei, theilt Vf. ebensowenig, als die ursprüngliche Annahme von Auspitz und Virchow vom Entstehen der neuen Zellenbildung aus Bindegewebszellen; dagegen stimmt er mit Thoma (s. d. Vtljhrsch. 1877 p. 267) überein, dass die Lupuszellen metamorphosirte weisse Blutkörperchen seien.

Die von Lang beschriebene glasige Verquellung von Blutgefässröhren bei Lupus hat der Verf. ebenfalls beobachtet und hält sie für ein frühes Stadium der „Riesenzellen"-Bildung. Eine Entstehung der Riesenzellen aus dem Endothel und den weissen Blutkörperchen auf Kosten der rothen und des Fibrins im Lumen verstopfter und obliterirter Gefässe, wie sie Cornil (Robin, Journ. d'Anatomie Nr. 3, 1878) neuerlich in tuberculösen Lymphdrüsen geschildert hat, kann der Verf. nicht zugeben.

Den bereits früher veröffentlichten 10 Fällen fügt Piffard (42) noch andere 8 Fälle von Lupus hinzu, in welchen er die lupösen Hautpartien mit dem Messer und Schablöffel entfernte und nachträglich das Glüheisen applicirte.

Er gibt an, bei dieser Behandlungsmethode, wenn er die kranken Partien ausgiebig entfernt hatte, keine Recidive beobachtet zu haben (?) und dass die zurückbleibende Narbe weicher und weniger entstellend sei. Innerlich verabreichte er Phosphor, Hydrocotyle asiatica, Salicylsäure etc. Kleine unzweifelhaft lupöse Knoten sollen blos bei interner Behandlung zum Schwund gebracht worden sein.

Schiff.

Ueber einen 4 Jahre bestehenden Fall von ulcerösem Lupus des Gesichts berichtet Duffin (43), dass Salicylsäure in Lösung und Pulver äusserlich von grossem Nutzen gewesen sei (? A.).

Einen sehr ausgebreiteten Fall von Lupus erythematosus beschreibt Jamieson (44) bei einem 36jährigen Photographen, der seit 20 Jahren einen rothen Fleck auf der Haut der linken Wange trug, zu dem sich vor 11 Jahren eine Eruption an Händen und Füssen und seit 4 Jahren eine Ausbreitung des Leidens auf die Nase, die rechte Wange, die Ohren und den Nacken gesellte. Die Haut der Ohren und der Handrücken zeigte starke Trockenheit und

Verdickung sowie reichliche Abschuppung, die Zehenballen eine warzenartige Auftreibung. An ausgeschnittenen Hautstücken vom Ohre und vom Handrücken ergab sich: am Ohr, dessen Erkrankung von jüngerem Datum war, blos eine Anhäufung von Granulationszellen um die Haarbälge, die Epidermis darüber normal. An der Haut des Handrückens dagegen, welche seit 11 Jahren erkrankt war, zeigte das Mikroskop: die Oberfläche der Hornschicht uneben, gelockert, hie und da liess sich colloider Inhalt von Hornzellen entdecken. Die Schicht von Langerhans (basale Hornschicht Unna, Stratum lucidum Schrön) deutlich als Band markirt und ihre Elemente aufgetrieben. Die Stachelschicht nicht verändert, Stacheln deutlich. Die Papillen verdickt, aber nicht verlängert. Zelleninfiltrat in der oberen, ein feines Maschenwerk darstellenden Lederhautschicht so reichlich, dass die Bindegewebsmaschen völlig ausgefüllt erschienen; tiefer im Corium dagegen fehlte das Zelleninfiltrat gänzlich. Talgdrüsen und Haarfollikel waren kaum zu entdecken. Der Befund gleicht nach dem Verf. ziemlich demjenigen, welchen er von Präparaten von der exfoliativen Form des Lupus vulgaris erhalten hatte.

Der Verf. empfiehlt Einreibungen mit Spir. saponatus kalinus (2 Th. Kaliseife in 1 Th. Methylalkohol) mit sorgfältigem Abwaschen der Flüssigkeit vermittelst warmen Wassers, dann Auflegen von Ung. diachyli. Bei seinem Kranken erzielte J. dadurch bedeutende Besserung. Jänner 1878 wurde Chrysophansäure (20 Gran auf die Unze Fett) aber mit ungünstigem Erfolge 10 Tage lang versucht, dann Ung. petrolei mit Bleioxyd (2 Dr. auf 1 Unze), welche sehr gut vertragen wird.

Nach dem Vorgange von Colligan hat Anderson (45) folgende Formel für Jodstärke innerlich gegen Lupus erythematosus angegeben: Rp. Jodi puri gr. 24, contere cum aliq. aquae, sensim addendo Amyli puri unc. unam usque ad colorationem nigrocaeruleam aequabilem totius massae, dein sicca mediocriter calefaciendo et serva in vitro bene clauso. D. s. Einen gehäuften Theelöffel voll in Wasser dreimal täglich zu nehmen und die Dose nach und nach zu steigern.

van Harlingen beschreibt (46) ein 20jähriges Hautleiden bei einer 70 Jahre alten Frau, welches er für bisher nicht beschrieben hält. Die Affection, welche mit langsam zunehmender Rauhigkeit der

Haut der unteren Extremitäten begonnen hatte, bestand aus rothbrauner, nur auf den Beinen aschgrauer Färbung der schuppigen Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen und der Nasenspitze. Fleckige oder schuppige Plaques, Geschwüre, Knötchen und Knoten bedeckten die Haut, die sich nach und nach aus initialen Knötchenefflorescenzen herausgebildet hatten. Die Kranke starb an Erschöpfung. Die Untersuchung der Haut zeigte überall Zelleninfiltration in der Lederhaut — gleichmässig vertheilt, ohne Gruppenbildung. Der Verf. gibt dieser universellen Granulationserkrankung der Haut den Namen „ulceröses Scrofuloderma."

47. **Eklund.** Ueber Elephantiasis Graecorum oder Lepra Arabum. (Stockholm 91 S. gr. 8°. 1879.)

48. **Neisser.** Zur Aetiologie des Aussatzes. (Vortrag, gehalten am 10. October 1879 in der medicinischen Section der schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau. (Separat-Abdruck aus der Breslauer ärztlichen Zeitschrift No. 20 u. 21.)

49. **Armauer Hansen.** Bacillum Leprae. (Virchow's Arch. 79. Bd. 1880.)

50. **Tschirjew.** Rückenmark- und Hauterkrankung bei einem Falle von Lepra anaesthetica. (Gaz. méd. Nr. 13. 1879.)

51. **Hoggan.** Ueber die Lymphgefässe bei Lepra. (Transactions of the Pathol. Soc. London 1879.)

52. **Hoggan.** Ueber die Veränderungen in den Schweissdrüsen bei Cancer und Lepra. (Transact. of the Pathol. Soc. 1879.)

53. **Schwimmer.** Ueber das Vorkommen der Lepra in Ungarn. (Pester med. chir. Presse 1880.)

54. **Milroy.** Gurjun-Oel gegen Lepra. (Med. Times. p. 643. Juni 1879.)

Eklund (**47**) spricht sich mit Hansen (s. d. Vtljhrssch. 1875 p. 70) dafür aus, dass das hereditäre Moment in der Lepra von weit geringerer Bedeutung sei, als bisher allgemein angenommen wird. Für eine Reihe von Fällen, in welchen sich bei starkem Glauben an die Heredität der fraglichen Krankheit unter theilweiser Zuhilfenahme des Atavismus die Krankheit als eine ererbte darstellen liess, weist Verf. nach, dass es sich hier vielmehr um Ansteckung gehandelt habe, und dass diese Annahme das Auftreten der Krankheit viel ungezwungener

erkläre, als die oft weit hergeholte Heredität. Als Hauptmoment urgirt er das Zusammenschlafen mit Aussätzigen, das sich in den Haushaltungen der norwegischen Landbevölkerung oft kaum vermeiden lasse, jedenfalls sehr gewöhnlich sei, ferner das Essen mit demselben Löffel etc. Im Blut Lepröser, im Tuberkelinhalt, in der Conjunctivaflüssigkeit, im Schweiss, im Secret ihrer Geschwüre, in Morphaeaflecken, im Harn hat Verf. constant zahlreiche Bacterien gefunden, runde, einzellige, hyaline Gebilde, die er nicht Mikrococcen nennen will, weil sie eine sehr ausgesprochene Bewegung besitzen. Ihre verhältnissmässig sehr langsame Vermehrung will Verf. für die lange Incubationszeit der Lepra als Erklärung in Anspruch nehmen; die Vermehrung, die übrigens nicht allgemein sei, geschehe durch Theilung, es handle sich also nicht um Sporidien, sondern um echte Schizomyceten. Sie sind so klein, dass 50—100 in einer Platten-Epithelzelle Raum haben. An frischen Blutproben findet man sie den Rändern der weissen und rothen Blutkörperchen ankleben oder in ihrem Innern elfenbeinweiss durchschimmern, mit fortdauernder, wenn auch geringerer Beweglichkeit.

Die Dauer der Incubationszeit, die nach den unzuverlässigen Angaben der Patienten etwa 7—8 Jahre betragen würde, schätzt Verf. auf höchstens 1 Jahr. In einem besonderen Capitel speciell auf die Frage von der Contagiosität eingehend, betont Verf. auf das nachdrücklichste, dass die im 18. Jahrhundert fast erloschene Krankheit am Ende dieses und am Anfange des 19. Jahrhunderts wieder an Ausbreitung gewonnen habe, weil (?A.) zu dieser Zeit ein Umschwung in den Anschauungen der Aerzte sich vollzog, demzufolge die Seuche, die früher mit Recht als eminent ansteckend angesehen wurde, für ein Uebel erklärt wurde, das sich wesentlich durch Vererbung fortpflanze.

Für die Ansicht, dass die Lepra nicht auf miasmatischem Wege sich verbreite, führt Verf. die bekannten geologischen Verhältnisse der norwegischen Westküste an, deren Boden in keiner Weise geeignet erscheine, Miasmen aufzunehmen und ihre Weiterentwickelung zu begünstigen. Des weiteren wird diese Ansicht durch das völlige Fehlen der Intermittens in jenen Gegenden begründet.

Von der Ansicht ausgehend, dass die Mikrococcen die Erreger und Unterhalter der Lepra seien, sich aber dabei langsam fortpflanzen, schlägt Verf. zur Erzielung eines raschen Stoffwechsels Gymnastik,

Kaltwasserbehandlung und neben roborirender Diät die fleissige Anwendung von Diaphoreticis, Diureticis und Laxantibus vor, ausserdem das auf Réunion so viel gepriesene, vom Verf. übrigens nicht als Specificum angesehene Chaulmoogra-Oel (innerlich und äusserlich).

Auch Neisser fand in Präparaten von Leprahaut, die er aus Norwegen mitgebracht hatte (48), und zwar nicht nur in sämmtlichen 14 Hautstücken und Knoten, sondern auch in Leber, Milz, Hoden, Lymphdrüsen, Hornhaut Bacillen in reichlichster Zahl, Stäbchen, die ihm gänzlich unbekannt erschienen, deren Länge etwa die Hälfte des Durchmessers eines rothen menschlichen Blutkörperchens beträgt und deren Breite Verfasser auf $^1/_4$ der Länge schätzt. Am ähnlichsten sind sie den kleinen Bacillen, die Koch bei Septicämie der Mäuse abgebildet hat. In ungefärbten Schnitten vermochte Verf. diese winzigen Organismen nicht zu entdecken. Am schönsten traten sie bei Fuchsin- und Gentianaviolett-Färbungen hervor. Sie liegen entweder zu 2 oder 3 hinter einander, so dass scheinbar ein langer, bisweilen gekrümmter Faden vorhanden ist, oder es finden sich 6 bis 7 in fast regelmässiger Parallelstellung neben einander gelagert, oder sie bilden Haufen.

In späteren Stadien beobachtete Verf. einen Zerfall der Stäbchen in Körnchen, die aber nicht mit Micrococcen verwechselt werden konnten.

In der Haut sind die Bacillen zum überwiegend grössten Theile an die die lepröse Neubildung constituirenden grossen runden Zellen gebunden, ja letztere sind mit Bacillen bisweilen vollgepfropft.

Die Bacillen sind ziemlich gleichmässig in allen Schichten der leprösen Infiltration anzutreffen. Je länger die Affection besteht, desto weniger gut sind die Stäbchen erhalten, desto mehr tritt körniger Zerfall an ihnen ein. Unterhalb der Epidermis sah Verf. hin und wieder Zellen ganz von solchen zerfallenden Bacillen infiltrirt.

Neben diesen Bacilleninfiltrationen der Zellen spielt noch eine grosse Rolle eine bei älteren Lepraherden constant beobachtete Diapedese rother Blutkörperchen in das Gewebe. Es gilt dies ebenso für die Erkrankung der Haut, wie der Milz, der Lymphdrüsen und wahrscheinlich auch des Hodens.

Verf. fand übrigens die Stäbchen auch vereinzelt zwischen den Zellen in den Lymphspalten, oder in langen Zügen zwischen den

Bündeln des Bindegewebes, in den Lymphgefässen, in den Blutgefässen. Nach der Haut war der reichlichste Fundort der Hoden. Auf ungefärbten Präparaten sah man die Lumina der Hodenkanälchen ausgegossen mit einer goldgelben, leicht krümlichen Bacillenmasse.

Weniger reichlich waren sie in der Milz aufzufinden, in der sie kleine Haufen in der Nähe der Follikel bildeten, hier stets an grosse Zellen gebunden.

Eben solche Zellen waren im interacinösen Bindegewebe der Leber vorhanden.

In den Lymphdrüsen waren es die Randpartien, welche jene gelbbraunen scholligen Massen und bacillenhaltige Zellen zeigten.

Die Niere war frei. Auch in den Ulnarnerven fehlten die Stäbchen, jedoch auch die bekannte Einlagerung gelber Massen zwischen die Nervenbündel.

Auch die Cornea, die durch eine vom Rande nach der Mitte zu gerichtete Einwanderung von Lymphzellen getrübt war, enthielt zierliche Stäbchen.

In anästhetischer, makroskopisch unveränderter Haut, welche excidirt sofort in Osmiumsäure gehärtet worden, konnte Verf. weder Bacillen, noch sonst ein pathologisches Verhalten bislang nachweisen.

Verf. hält nach diesen Befunden dafür, dass die Lepra eine Bacterienkrankheit sei, wie dies bereits frühere Autoren, am exactesten unter ihnen Hansen, wahrscheinlich gemacht haben.

Endlich tritt auch A. Hansen, der eigentliche Begründer der Lehre von der Contagiosität der Lepra und von der Pilznatur derselben mit seinen berechtigten Prioritätsansprüchen gegenüber den obigen Publicationen hervor (49). Er theilt mit, dass er noch nicht daran gedacht hätte, seine Untersuchungen über diesen Gegenstand zu publiciren; da aber jetzt nicht nur ein schwedischer Arzt, Dr. Eklund, dem H. im vorigen Jahre meine Präparate vorzeigte und seine Anschauung über die parasitäre Natur der Lepra mittheilte, in einem neulich erschienenen Büchlein: „Om sptelska", die eigentliche Ursache des Aussatzes erwähnt als etwas, was er selbst gefunden habe in Form von Micrococcen, sondern auch Dr. Neisser aus Breslau, der in diesem Sommer sich einige Zeit in Bergen aufhielt, um den Aussatz zu studiren, gerade die Resultate seiner Untersuchung an den Präparaten, die er von hier mitgebracht, veröffentlicht hat und diese

Resultate auch darauf hinausgehen, dass die Präparate überall von Bacillen erfüllt sind, und diese Bacillen nicht nur von ihm, sondern auch von den speciellen Bacillenkennern, Prof. Ferd. Cohn und Dr. Koch, als eine eigenthümliche Species und als das Contagium des Aussatzes angesehen werden, so findet H. sich veranlasst mitzutheilen, was er bisher erreicht hat in seinem Suchen nach demselben Contagium. Verf. knüpft an den Bericht an, welchen er der medicinischen Gesellschaft in Christiania 1874 über seine Untersuchungen über „die Aetiologie des Aussatzes“ erstattete (Norsk Magazin for Laegevidenskab. 1874. Heft 9 — d. Vtljhrschr. 1875 pag. 70).

In diesem Bericht hatte Verf. in grösster Kürze mitgetheilt, dass er in den Aussatzknoten oft, ja immer, wenn er darnach suchte, kleine stäbchenförmige Körper in den Geschwulstzellen gefunden habe, während er dagegen nimmer ähnliche Körper im frisch entleerten Blute aussätziger Patienten auffinden konnte. Gerade im Blute will Eklund jedoch die von ihm beschriebenen Micrococcen gesehen haben, welche Beobachtung Verf., nachdem er in der letzten Zeit wieder Blut von Aussätzigen untersucht hat, als ganz unzuverlässig ansehen muss.

Dagegen fand Verf. sehr oft, wenn Blutpräparate in feuchter Kammer aufbewahrt wurden, dass in denselben nach einigen Tagen gegliederte Fäden auftraten, die er als eine specifische Pilzbildung ansehen musste, da sie niemals in Blutpräparaten von gesunden oder syphilitischen Menschen auftrat. Nachdem sich Verf. längere Zeit mit diesen Untersuchungen des Blutes beschäftigt hatte, ging er daran, an den Knoten eine genauere Untersuchung anzustellen und berichtet nun über die Resultate dieser 1873 angestellten Untersuchungen.

Aus diesen mitgetheilten Notizen geht hervor, dass H. zwar Grund haben konnte anzunehmen, dass in den leprösen Productionen Bacterien vorkämen, dass er jedoch, auf diese Untersuchungen allein gestützt, nur eine Vermuthung in dieser Beziehung auszusprechen wagte, und noch mehr nur eine Vermuthung davon, dass diese Bacterien das eigentliche Gift seien, das, in den Organismus eingebracht, die Krankheit hervorrufe.

Um in dieser letzten Beziehung möglicherweise einen Anhaltspunkt zu gewinnen, versuchte Verf. Kaninchen den Aussatz beizubringen dadurch, dass er aussätzige Productionen, speciell Knoten,

unter die Haut der Thiere brachte. Keiner von diesen Versuchen gelang, was selbstverständlich nichts gegen die Annahme beweist, dass die vermeintlichen Bacterien das eigentliche Contagium seien. Verf. hat später diese Versuche nicht wiederholt und nur dann und wann bei Untersuchung von Knoten sich davon überzeugt, dass seine Beobachtungen in Bezug auf das Vorkommen schwingender, stäbchenförmiger Körper in denselben correct gewesen sind.

Die neuerlich von H. nach der Methode von Koch wieder aufgenommenen Färbungs-Präparationen haben nun ebenfalls positive Resultate ergeben, zuerst an einem in Osmium gelegten Knoten. Verf. hat aus diesem Knoten durch Färbung der Schnitte mit Methylviolett einige Präparate erhalten, in welchen die auch ohne Färbung leicht sichtbaren braunen Elemente sehr scharf aus den Umgebungen hervortreten als violett gefärbte Massen, die bei genauerem Nachsehen theilweise fein gekörnt, zum Theil deutlich aus kleinen Stäbchen zusammengesetzt erscheinen. Verf. hat durch dieses Präparat seine frühere Annahme bestätigt gefunden, dass die grossen braunen Elemente eigentlich nichts anderes sind, als entweder Zoogloeamassen oder Ansammlungen von Bacillen, die in Zellen eingeschlossen sind. Verf. hatte schon in seiner ersten Veröffentlichung „Forelöbige Bidrag til Spedalskhedens Karakateristik" (Nord. med. Arkiv Bd. 1, No. 13) hervorgehoben, dass er geneigt war, jene braunen Elemente als charakteristisch für aussätzige Productionen anzusehen, sowohl wegen ihres höchst auffälligen Aussehens, als weil sie constant an allen aussätzig afficirten Stellen auftraten.

Später ist es dem Verf. auch gelungen, in Schnitten aus in absolutem Alkohol gehärteten Knoten die Bacillen schön gefärbt zu erhalten. Sie kommen überall in den Schnitten vor, zum Theil vereinzelt, meistens aber in Gruppen zusammenliegend, was mit ihrem Vorkommen in den Zellen gut übereinstimmt.

Sollte sich die ausgesprochene Vermuthung von der wahren Natur der braunen Elemente mit der Zeit als Wahrheit bewähren, so würde die Specificität derselben Elemente vollständig bewiesen sein, und es würde dann weiter darauf ankommen, die Lebensbedingungen dieser Bacillen kennen zu lernen, und durch weitere Versuche ihre Uebertragbarkeit darzulegen, um endlich mit voller Zuverlässigkeit alle Zweifel an der eigentlichen Ursache des Aussatzes verschwinden zu lassen.

Tschirjew beobachtete (50) im Rückenmark eines Leprösen Atrophie der Ganglienzellen der Hinterhörner und der innerhalb der Clarke'schen Säulen gelegenen. Der Centralcanal und seine nächste Umgebung war voll kleiner embryonärer Rundzellen, nur in der Cervicalanschwellung war das auskleidende Epithel noch erhalten; auch die Wände einiger Blutgefässe waren verdickt und mit ähnlichem kleinzelligen Material infiltrirt. Die weisse Substanz, die vorderen und die hinteren Wurzeln waren intact. Die kleinsten Gefässe an der Mittelphalange des Fingers zeigten eine ausgesprochene Endarteriitis, Haut- und Unterhautzellgewebe war von kleinsten Zellen, namentlich um die Blutgefässe herum, vollgepfropft; kaum konnte man auf Durchschnitten durch die Pulpa der Nagelphalanx noch eine besondere Structur der Gewebe erkennen; alles erschien wie eine amorphe, weder durch Picrocarmin, noch durch Purpurin färbbare Masse. Statt der Nervenäste sah man Bindegewebsbündel mit einigen rundlichen Zellen. Eigentliches Nervengewebe war nicht mehr aufzufinden, selten nur begegnete man einigen spärlichen in Degeneration begriffenen Nervenfasern.

Vandyke Carter hat (27. u. 28. Band der Pathol. Transaction) die Behauptung aufgestellt, dass bei Lepra die Lymphgefässe der Haut sowie die Lymphscheiden der Nerven von Massen von Micrococcus oder Zoogloea umgeben seien. Dem entgegen behauptet Hoggan (51), dass die Lymphgefässe wohl bedeutend erweitert seien, besonders an den Stellen der Klappen, und dass sie von zelligen Elementen umgeben erscheinen, welche jedoch das ganze Bindegewebe der Cutis erfüllen, und keine Deutung als Micrococcus-Massen zulassen. Die Lymphscheiden um die Nerven hält der Verfasser überhaupt nur für hypothetische Gebilde.

Hoggan schildert (52) die Veränderungen, welche der Cancer einerseits und andererseits die Lepra an den Schweissdrüsen hervorrufen. Was den ersteren betrifft — wobei ausdrücklich der Epithelkrebs ausgeschlossen wird — hat H. den Nachweis zu führen versucht, dass die Endothelzellen der Schweissdrüsen, auch ohne directen Contact mit Krebszellen, (welche letztere nach der Ansicht des Verfassers dem Inhalt der von krebsig erkrankten Wanderzellen verstopften Lymphgefässe entstammen) erkranken, anschwellen und sich nach und

nach in eine amorphe Masse verwandeln, während die Basalmembran zum Platzen gebracht wird.

Bei Lepra werden die Schweissdrüsen und Glomeruli zuerst hypertrophisch, dann aber tritt Zerfall der Enchymzellen und Atrophie der Drüsenschläuche mit vollständigem Verschwinden der Drüsenbälge ein. Was Neumann (Lehrb. d. Hautkrankheiten) fälschlich als „Colloidkugeln" im Lepragewebe bezeichnet, erklärt der Verfasser für Durchschnitte von Schweissdrüsen und Glomerulis und was Neumann als „gewundenen Bindegewebsstrang, ehemaligen Haarbalg?" schildert, für Schweissdrüsen-Ausführungsgänge. Der Verf. hält die Zerstörung der Schweissdrüsen bei Lepra keineswegs für constant; stets beginnt sie jedoch in den tiefer gelegenen Theilen der Drüsen, und schreitet gegen den Ausführungsgang und längs desselben fort.

Schwimmer schildert (53) einen von ihm in Budapest beobachteten Fall von Lepra bei einer 46jährigen Frau, deren Familie angeblich nicht an Aussatz gelitten hatte. Die Frau war nie aus Ungarn hinausgekommen. Der Aussatz hatte sich (zugleich mit Rheumatismus) erst seit drei Jahren entwickelt. Im Gesicht war die Knotenform deutlich ausgeprägt, auf den übrigen Körpertheilen Flecke und Pigmentirungen mit einzelnen Borkenauflagerungen. Keine Anästhesie. Auf der Schleimhaut des Mundes einige Knoten. Stimme heiser. Die Kranke blieb nur zehn Tage in klinischer Beobachtung.

An diesen Fall von autochthonem Aussatze knüpft der Verfasser eine Abhandlung über das Vorkommen des Aussatzes in Ungarn überhaupt, der wir entnehmen, dass die Krankheit unter dem Namen „Pokol", (Hölle) und „Poklosság" im Volksmunde im 16. Jahrhundert bekannt war. Schon im 11. Jahrhundert soll es aber in Ungarn ein Xenodochium St. Lazars für Aussätzige (von den Kreuzzügen wahrscheinlich hieher verpflanzt) gegeben haben. Ferner ist in einer Chronik, ebenfalls aus dem 11. Jahrhundert, von einem „Puteus leprosorum", einer Begräbnissstätte für Aussätzige in der Nähe von Veszprim, die Rede.

Ein epidemisches Auftreten des Aussatzes in Ungarn im Mittelalter kann nach dem Verfasser nicht nachgewiesen werden.

Wir haben in diesen Blättern schon 1876 (pag. 94) über die zuerst von Dougall bekannt gemachten Erfolge des Gurjun-Oels

gegen Aussatz und später 1878 (pag. 449) nach Aiken über die in holländ. Indien ebenfalls gemachten günstigen Erfahrungen berichtet. In seinem Bericht über die Leproserie in Britisch-Guiana für 1877 constatirt auch Milroy (54) bei 25 von 32 Kranken günstige Heilerfolge. Ob letztere vielleicht nur vorübergehend seien, will Vf. noch nicht aussprechen.

55. **Lewin.** Ueber Präputialsteine. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 13 und 14. 1879.)

56. **Buch.** Dreiundzwanzig Atherome auf einer Glans penis. (St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 25, p. 238. 1879.)

57. **Andouard** und **Malassez.** Acne sebacea und ihre Umgestaltung zu Cancroid. (Gaz. des Hôp. Nr. 34. 1879.)

58. **Besnier.** Ueber einen Fall von colloider Entartung der Haut, eine nicht beschriebene und nicht benannte oder unpassender Weise Colloidmilium benannte Affection. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 41, 1879.)

59. **Morselli.** Leucodermia partialis (Vitiligo) der Irren. (Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. S. 77. 1879.)

60. **Dessois.** Ein Fall von Nigrities linguae. (Gaz. des Hôp. Nr. 28. 1879.)

61. **Sigler.** Entfernung von Muttermalen. (Med. chir. Centralbl. 1879.)

62. **Brunton.** Behandlung des Naevus mit Natrium-Aethyl. (Lancet 2. November 1878. — Amer. Arch. of Dermat. 1879, pag. 420.)

63. **Richardson.** Derselbe Gegenstand. (Lancet 9. November 1878.)

Lewin bespricht (55) drei eigene und die in der Literatur vorfindlichen Fälle von Präputialsteinen und hebt hervor, dass die Entstehung der Präputialsteine aus dem vom Präputium secernirten Smegma durch die anatomische Beschaffenheit der inneren Lamelle der Vorhaut seine Erklärung finde, weil sich meist ziemlich viel Talgdrüsen im Sulcus retro-glandularis, namentlich an der Umschlagstelle, nachweisen lassen. Doch können die Concretionen auch als wirkliche Harnsteine entstehen, welche sich nach und nach aus dem im Präputialsack angesammelten Harn gebildet haben, wo dann gleichfalls in der Mehrzahl der Fälle verdicktes Smegma und Schleim, vielleicht

auch manchmal Harngries, den Kern abgeben. Endlich können direct aus der Harnblase kommende Steine im Präputium haften bleiben, wenn dasselbe phimotisch verengert ist. Vergleichend anatomisch macht Vf. auf die Steine aufmerksam, die sich in den blinden Taschen der Vorhaut bei Schweinen und Pferden, wie man annimmt, durch Stagniren hineingesickerten Urins, ausbilden. Therapie: Operative Entfernung des Steines.

Bei einem Patienten, der vor 3 Jahren in der Nähe des Frenulum ein Geschwür gehabt und seit $1^1/_2$ Jahren kleine Geschwülste an der Eichel bemerkt haben will, fanden sich nach Buch (56) ausser mehreren flachen Einsenkungen 23 stecknadelkopf- bis erbsengrosse Tumoren, welche der Fistel das Ansehen einer Maulbeere verleihen. Die Haut über ihnen ist äusserst dünn, fast ohne Blutung zu spalten; den Inhalt bildet eine gelblichweisse, schmierige bis feste Masse. Verf. hält diese kleinen Cysten für Glandulae Tysonii, welche wohl in Folge des durch einen weichen Schanker veranlassten Entzündungsreizes und der damit zusammenhängenden Epidermisabschürfung an ihren Mündungen verwuchsen.

Nach einer kurzen Mittheilung von Andouard und Malassez (57) sahen diese Autoren sich Epitheliom von den Talgdrüsen aus entwickeln. (Nähere Angaben sind zu erwarten. A.)

Besnier beobachtete (58) an einem 46jährigen Förster, welcher sich wegen einer ausgebreiteten Pityriasis versicolor in das Spital St. Louis aufnehmen liess, um die Nase, beide Augenhöhlen und Schläfengegenden bis erbsengrosse, gelblich-weiss durchschimmernde, bei Berührung härtlich anzufühlende Efflorescenzen. — Anfangs hielt er dieselben für Xanthelasmaflecken, allein sowohl die Localisation wie auch der eigenthümliche Glanz sprachen dagegen. Am meisten Aehnlichkeit zeigte der Ausschlag mit dem von E. Wagner beschriebenen Colloidmilium. Um nun endgiltig Bescheid zu erhalten, hat er einige Efflorescenzen derart abgetragen, dass gleichzeitig ein Theil des angrenzenden gesunden Gewebes mitgenommen wurde und fand eine colloide Entartung des Bindegewebes vor. Nach ihm soll diese regressive Metamorphose der Gewebe von den Blutgefässen aus eingeleitet werden und indem der eigentliche Sitz der Erkrankung im Corium sich befindet, werden allmälig nach unten das subcutane

Bindegewebe und nach oben die Papillen von dem Processe ergriffen. Die zelligen Elemente, das sind die Bindegewebskörperchen, die Epidermis, die Hautdrüsen und die Auskleidungen der Haarbälge bleiben davon vollständig verschont.

Der Verf. bezeichnet den Vorgang im Gegensatze zu E. Wagner's Colloidmilium als colloide Entartung der Lederhaut. Die Therapie besteht in künstlichem Entfernen derselben mittelst Scheere oder Aetzmittel.

Morselli schliesst (59) aus klinischen Beobachtungen, dass es eine Form partiellen Pigmentschwundes gebe (Leukodermie der Geisteskranken), die im Gefolge starker Gemüthsbewegung, schwerer physischer Störungen oder langwieriger und schwächender Nervenaffectionen auftrete.

Dessois (60) beschreibt einen Fall von Nigrities linguae, den er an einem Studenten der Medicin beobachtet hat. Die Krankheit hatte schon einige Monate gedauert, als Verf. den Patienten zu Gesicht bekam und wechselte beständig in der Intensität, sowie in der Ausdehnung der schwarzen Färbung der Zunge. Unter allmäliger Zunahme der Erscheinungen wurde die Zunge ganz trocken und rissig, wenn die Affection ihren Höhenpunkt erreicht hat, so stiess der ganze schwarze Beleg sich ab und die Zunge war rein und roth bis auf einzelne nachgebliebene kleine dunkle Reste, die dann wuchsen und allmälig wieder die ganze Zunge überzogen. Dieser Wechsel ging verhältnissmässig rasch vor sich, so dass im Laufe eines Monats der Höhenpunkt zweimal erreicht wurde. Dabei sind die Papillen bedeutend geschwellt und verlängert. Als Ursache des Leidens wurde ein Pilz erkannt, dessen Sporen in massenhafter Entwickelung, zuerst an der Basis der Papillen sich etablirend, allmälig die ganze Papille überziehend und zwischen die Epithelialzellen hineinwuchernd, die ganze Epitheldecke zerstören, in denen die einzelnen Zellen von einander getrennt werden, bis dann schliesslich das Ganze wie ein mortificirtes Gewebe abgestossen wird. Je nach dem augenblicklichen Stadium der Krankheit findet man daher im Zungenbelege entweder massenhafte oder sehr wenige, oder auch gar keine Pilzsporen. Genauere Untersuchungen über diese Pilzform fehlen bisher. Zur Behandlung werden empfohlen: Kali chloricum, Borax, Alkalien, Sublimat.

Zur Beseitigung der Muttermale wendet Sigler (**61**) Crotonöl in der Weise an, dass man durch einen Kork Nadeln sticht, so dass sie 3—4 Mm. mit den Spitzen hervorragen. Diese Spitzen werden mit Cotronöl benetzt, alsdann in das Muttermal eingesenkt und nun zurückgezogen. Es bildet sich auf der Stelle des Males eine Kruste. Diese Operation wird noch 2mal wiederholt.

Richardson hat 1870 zuerst die Anwendung des Natrium-Aethyl und anderer Aetherarten als Caustica vorgeschlagen, weil dasselbe mit Wasser in Natriumhydrat und Aethylalkohol übergeführt und dadurch zu einem Aetzmittel verwandelt wird, und je nach der stärkeren oder geringeren stufenweisen Abgabe von Wasser trockene Gewebe zum schichtenweisen Zerfall bringt. Auf gesunder Haut erzeugt es fast keinen Schmerz. Es kann überdies mit Opium oder localer Anästhesie angewendet werden, (mit Chloroform verwandelt es sich stürmisch in Cl Na und Triäthyläther. Richardson) epidermatisch oder subcutan injicirt. Kalium- und Natriumalkohol, gelöst in flüchtigem Amylhydrid, fungiren als caustische Solutionen von umschriebener Wirkung, indem das Hydrid verdunstet und das caustische Alkali zurückbleibt. (Die Aethyle werden bisweilen als Alkohole bezeichnet, weil in ihnen ein Atom Wasserstoff des Alkohol durch ein Atom Kalium oder Natrium ersetzt ist.) Brunton (**62**) und Richardson (**63**) haben nun das Natrium-Aethyl wiederholt gegen Naevus mit gutem Erfolge angewendet, ferner gegen Lupus, Angiome u. dgl. Man bereitet das Natrium-Aethyl durch stufenweises Zusetzen von metallischem Natrium zu absolutem Alkohol; nach dem Aufhören der Erhitzung und Entweichen von Wasserstoff zeigt sich eine krystallinische Substanz ($C_2 H_5 Na O$) auf dem Boden der Flasche. Die Solution muss kalt aufbewahrt und vor anderen Flüssigkeiten in Acht genommen werden. (Wir möchten die Anwendung eines so heikligen Präparates widerrathen. A.)

64. Ellinger. Zur Aetiologie und Prophylaxe der Alopecia praematura. (Virchow's Archiv, Bd. 77, 1879.)

65. Krebs. Ein Fall von Hypertrichosis (Homo hirsutus. [Kopenhagen] — St. Petersburger med. Wochenschr. 34. 1879.)

66. Georg Fox. Ueber die permanente Entfernung von Haaren durch Elektrolyse.

67. Malcolm Morris. „Ueber Piedra“. (London path. Soc. 18. März 1879. — Lancet 22. März 1879.)

68. Walter G. Smith. Eine seltene knotige Beschaffenheit der Haare. (Verh. der dermatol. Subsection der Jahresversamml. der Brit. med. Assoc. in Cork, 6. u. 7. August 1879. — Brit. med. Journ. 16. u. 23. August 1879.)

69. van Harlingen. Impetigo contagiosa. (Edinb. med. Journ. April 1879.)

70. Hoggan. Ueber das Wachsthum der Pilze bei Herpes tonsurans und Favus. (Transact. of the Pathol. Soc. 1879.)

71. Patrick Manson. Bemerkungen über Tinea imbricata, eine noch nicht beschriebene Species von Herpes tonsurans. (China Imperial Maritime Customs. Medical Reports. Shangai Statistical department of the Inspectorate general 1879.)

Ellinger spricht sich (**64**) gegen die Annahme einer Trophoneurose bei frühzeitigem Ausfallen der Haare aus. Pilze hat er wohl bei solchen Alopecien nicht gesehen, wohl aber fand er im Verlauf der Jahre, dass etwa 85 % aller an einer gewissen Form von Alopecie Leidenden von Jugend auf Kopfwaschungen übten. Die durch Waschungen bedingte Kahlheit unterscheidet sich nach Verf. wesentlich von einer anderen durch anderartige Misshandlung der Kopfhaare bedingten Kahlheit. Die Kopfhaare sind nicht in der Richtung wie wir sie zu scheiteln belieben eingepflanzt. Die des Wirbels wachsen centrifugal, die dem Stirnbein entsprechenden gegen das Gesicht hin, die über den Seitenwandbeinen und die des Occiput gegen Schläfen, Ohren und Nacken. Während nun die Haare der letzterwähnten Kopfseiten bei all und jeder Frisur in ihrer natürlichen Richtung belassen werden, werden die des Wirbels und des Vorderkopfes in eine Zwangslage gebracht, durch klebende Mittel Tag und Nacht in solcher erhalten und analog den dieserart verbogenen Pflanzen in ihrer Entwickelung beeinträchtigt, wodurch deren frühzeitiges Absterben veranlasst wird.

Kommt nun dazu noch, dass auf dem Wirbel durch mangelhafte Reinigung desselben Epidermisschuppen und Staub sich ansammeln, dann werden die Mündungen der Haarbälge verstopft, das Abfliessen des Haarfettes verhindert und bildet dieses mit den Epidermisschuppen der Bälge die beim Ausziehen der Haare anhaftenden Sebumpfröpfe.

— An Wirbel-Alopecie Leidende bedienten sich stets nur eines weitgezahnten Kammes oder oft nur einer Borstenhaarbürste. Die vom Wirbel ausgehende Alopecie ist nicht die Folge von regelmässigem Gebrauche von Wasser und unterscheidet sich auch, wenn weit gegen die Stirne hin fortgeschritten, durch noch vorhandene Haarinseln über dem Stirnbeine von der Wasser-Alopecie. Bei dieser beginnt das Kahlwerden stets an der Stirngrenze (Frontal-Alopecie). Die der Glatze zunächst stehenden Haare zeigen in ausgesprochenem Grade die erwähnten Sebumpfröpfe, die noch behaarte Kopfhaut ist reichlich mit kleinen, der Einpflanzungsstelle fest anhaftenden Schüppchen bedeckt.

Verf. stellt sich vor, dass bei langen gescheitelten Haaren in Folge täglicher Waschungen die äussere Schicht derselben über den unterliegenden eine impermeable Hülle bilde, das Wasser an der Austrittsstelle der Haare mit den Epidermisschuppen und dem Haarfett eine Emulsion, eine Schmiere bilde, welche verhärtet und den Ausführungsgang des Haarbalges verstopft, was dann zunächst Ueberfüllung und dann Atrophie desselben zur Folge habe.

Die Prophylaxis der Alopecie scheint nicht blos in cosmetischer Beziehung von Wichtigkeit zu sein. Es ist dem Verf. bei Sectionen sehr oft die Coincidenz von Kahlköpfigkeit mit fester Adhäsion der Dura mater an die Schädeldecke aufgefallen. Hier erscheint der mangelnde Schutz des Schädels gegen äussere Schädlichkeiten als ätiologisches Moment nicht mehr zweifelhaft.

Vf. empfiehlt gegen dieses Defluvium capillor. Sandabreibungen, wie er sie schon früher (s. diese Vtljhrschr. 1876 p. 562 ff.) gegen andere Hautaffectionen empfohlen hat. Er lässt zuerst den Staub, dann die gröberen Körner absieben, die so gewonnenen Quarzkörner von Mohnsamengrösse gut trocknen und noch einmal abstauben. Der so präparirte Sand bildet ein nothwendiges Requisit auf dem Waschtische der betreffenden Leidenden. Er verwendet ausschliesslich den weissen gegrabenen Sand, dessen scharfkantige Körner die Haut nach Art kleiner Messerchen bearbeiten, während die runden Körner aus dem Fluss- und Meeressande wirkungslos darüber hin- und herrollen.

Als Surrogat für den Sand verwendet Verf. zuweilen, als bequemer zu handhaben, eine Stahlbürste.

Gründliche mechanische Reinigung der Kopfhaut hat sich — wie der Verf. resumirt — als sicherstes Prophylacticum, aber auch als Heilmittel bei beginnendem übermässigem Haarverlust bewährt.

Enger Staubkamm und Stahlhaarbürste reichen vollständig aus, die gesunde, sowie die zu übermässiger Schuppenbildung geneigte Kopfhaut in einem dem Haarwuchse förderlichen Zustande zu erhalten (? A.)

Krebs schildert (65) einen Fall von Hypertrichose bei einem 15 Monate alten Knaben, welcher dieser seltenen Anomalie wegen in der Petersburger Klinik vorgestellt wurde. Die ganze Haut mit Ausnahme der Hände und Füsse war dicht besetzt mit weichem Haar verschiedener Länge, am stärksten an den Oberarmen und Wangen, $3^1/_2$ Centim. lang, am Backenbart sogar 5 Centim. Die Farbe war eine hellblonde. — Bei der Geburt zeigte sich noch nichts Abnormes, erst 3 Monate nachher, gleichzeitig mit einem Ausbruch von Eczem, begann das Haarwachsthum.

Der Vater zeichnete sich besonders durch starkes Kopfhaar und sehr grosse buschige Augenbrauen aus. Die Geschwister haben eine glatte reine Haut.

Die Entfernung von Haaren durch Elektrolyse ist nach G. Fox (66) zuerst von Dr. Michel in St. Louis (gegen Trichiasis), dann von Piffard bei Naevus pilosus und von Hardaway (s. diese Vierteljahress. 1879 pag. 595) gegen Hirsuties angewendet worden. Fox wendet jetzt zu diesem Zwecke eine feine biegsame Stahlnadel an, wie sie von Zahnärzten zur Extraction von Nerven verwendet wird, und befestigt sie an dem vom negativen Pol ausgehenden Draht der Batterie, während der positive Pol mit einem nahe der zu operirenden Haarpartie aufzusetzenden Schwämmchen verbunden wird. Die Nadel (oder bei grösseren Follikeln besser ein Platindraht) muss längs der Richtung des Follikels eingeführt werden. Der Operation sollte stets das Ausziehen des Haares vorausgehen. Je stärker der Strom (5—10 Kohlenzink-Elemente) desto stärker die Wirkung aber auch der Schmerz. Die zarten Haare der Oberlippe mancher Frauen (le duvet A.) können auf diese Weise nicht entfernt werden, aber diese sind oft der weiblichen Schönheit gar nicht abträglich, wohl aber starke straffe Haare, ob sie nun zerstreut oder auf Warzen sitzen.

Morris, der einige Fälle von knotigen Auftreibungen der Haare zu beobachten Gelegenheit hatte und sich schon früher (siehe diese Vtljhrschr. 1879 p. 403) darüber geäussert hatte, legte (67) der

Londoner path. Gesellsch. Präparate von Fällen vor, bei welchen die harten Knoten den Haaren des Kopfes, von welchem sie ausschliesslich stammten, blos aufsassen und eine honigähnliche Masse von pigmentirten sporenartigen Zellen enthielten. Vf. hält diese Erkrankung für das Resultat der Anwendung irgend eines schleimigen Haaröls. Die eigentliche Trichorrhexis nodosa dagegen kommt, wie aus den Aeusserungen desselben Dermatologen in der Debatte der Brit. med. Association über diesen Gegenstand hervorgeht, nur sehr selten auf dem behaarten Kopfe vor. Die Knotenbildung entstehe durch Atrophie, so dass die knotigen Stellen dem normalen Durchmesser des Schaftes, die Einschnürungen den atrophirten Partien desselben entsprechen. (? A.)

Walter Smith beobachtete (68) bei einem 19jährigen, früher gesunden Mädchen Kürzer- und Dünnerwerden der Kopfhaare und regelmässig angeordnete Schwellungen längs des Schaftes von circa 1 Mm. Umfang. Von sonstigen behaarten Stellen zeigte nur die Schamgegend ein solches Haar. Die Haare erschienen an den Knoten dunkler pigmentirt und daher braunweiss getigert. In den Auftreibungen fanden sich keine Zellenanhäufungen und kein Pilz, ebensowenig war Splitterung der Rinde oder Zerstörung der Cuticula vorhanden. War ein Haar gebrochen, so war die Bruchstelle glatt und sass nie an einer Auftreibung, sondern an dem verdünnten Theile des Haarschaftes.

Verf. hält die Erkrankung nicht für identisch mit Trichorrhexis nodosa, weil die Splitterung fehlte, ebensowenig mit der „Piedra" von Desenne (siehe diese Vtljhrsch. 1854 pag. 154) weil kein Pilz nachweisbar war.

van Harlingen (69) impfte sich selbst mit dem Fluidum aus Bläschen von Impetigo; in 24 Stunden entstand ein Bläschen, dessen Inhalt mit positivem Erfolge weiter geimpft wurde. Alle Bläschen entstanden innerhalb 14 Tagen. Der Verf. weist darauf hin, dass bei Impetigo contagiosa die Initial-Efflorescenz keine wahre tiefsitzende Pustel sei, sondern eine oberflächliche, vaccinebläschenähnliche Bläschenpustel (? A.).

Nach den Untersuchungen Hoggan's (70) zeigen die Pilze des Favus einerseits und des Ringworm andererseits grosse Verschiedenheiten in Bezug auf ihren Sitz und ihre Ausbreitung. Bei Ring-

worm tritt der Pilz in dünner Lage, nur eine Spore tief, unmittelbar unter der Cuticula des Haares auf (welche wohl als Fortsetzung der zwischen Hornschicht und Stachelschicht gelegenen Körnerschicht zu gelten hat A.), sprengt dann die Cuticula und dringt zwischen die Zellen des Haarschafts ein, so dass das Haar schliesslich zerstört und abgebrochen wird. (Genau in derselben Weise hat schon früher Thin [s. d. Vtljhrschr. 1879 pag. 155] den Sitz und das Wachsthum des Pilzes von Herpes tonsurans beim Pferde geschildert und auch Frederick Taylor [Lancet 16. November 1878] ist bei einem an Gehirntuberkeln gestorbenen Patienten mit Herpes tonsurans cutis zu demselben Resultate gelangt. A.)

Der Sitz des Favuspilzes dagegen ist unmittelbar unter der Epidermis zwischen ihr und dem Bindegewebsantheil des Haarbalges; er trennt beide Schichten von einander und wächst so in Form von runden Scheiben an die Hautoberfläche. Schliesslich zerstört er sowohl einerseits den bindegewebigen Haarbalg, als andererseits die Wurzelscheiden völlig, dringt in den Schaft des Haares ein. Der Verf. schildert das weitere Wachsthum der Favussporen seitlich nach der Lederhaut zu in Gestalt wirklicher pflanzenartiger Morphen, die er mit Eichbäumen oder Cactusbüschen vergleicht, nicht aber, wie die bisherigen Schilderungen lauteten, in langen und geraden Sporenzügen, welche factisch nur in den aus Trümmern der Pflanze nebst Eiweiss und Serum zusammengebackenen Krusten sich finden, die man ausschliesslich zu untersuchen pflegt. Auch im Haarschaft hat der Verf. solche geradlinige Ketten nicht gesehen, obwohl er an dem Vorkommen derselben, wie sie die Zeichnungen gemeinhin darstellen, nicht zweifeln mag. Den wirklichen Typus der Pflanze stellen aber die oben geschilderten knospentreibenden Sporenformen dar, deren abfallende Elemente dann die Krusten zusammensetzen.

Zum Schlusse knüpft der Verf. hieran noch einige Bemerkungen über Trichorrhexis nodosa (s. hierüber Schwimmer, d. Vtljrsch. 1878 p. 581, ferner Desenne, Cheadle, Malc. Morris u. Whitla, 1879 p. 154 u. 403), deren Knoten in einem von ihm beobachteten Falle, wobei freilich die Haare keine Brüchigkeit zeigten, aus einer fischlaich- oder rogenartigen Körnermasse bestanden, welche der Verf. für Pilzelemente zu erklären (also gleich der „Piedra" von Desenne) nicht abgeneigt ist.

Der Verfasser hält die Präparation von Hautpilzen mittelst al-

kalischer und anderer gebräuchlicher Lösungen für ungeeignet und warnt davor.

Manson wendet sich (71) gegen die Behauptungen von Tilbury **Fox**, welcher verschiedene Formen von epiphytischen Hautkrankheiten als Differenzirungen eines einzigen Pilzes aufgefasst wissen will und der neben der typischen Form der Tinea circinata (Herpes tonsurans) die Tinea parasitica, das Eczema marginatum etc. etc. unregelmässige Phasen desselben Uebels nennt, und diese Varietäten der Krankheit der Verschiedenheit des Klimas, Kleidung, Körperbeschaffenheit und der Localisation auf dem afficirten Körper selbst zuschreibt. M. hat nämlich in Amoy eine neue Pilzkrankheit beobachtet, die er zum Unterschiede von der Tinea circinata **Tinea imbricata** nennt. (Siehe diese Vtljhrschr. 1879 pag. 391.) Zu diesem Zwecke gibt M. zwei Krankengeschichten, die eine von T. imbricata, die andere von T. circinata, betont ihre Contraste und ergänzt sie durch mikroskopische Abbildungen der betreffenden Pilze und durch die Mittheilung seiner Resultate, die er durch Impfung erhielt.

Jener Fall, an dem M. die Tinea imbricata besonders genau beobachtete, betraf einen Eingeborenen von Amoy im Alter von 45 Jahren, der bereits seit 20 Jahren von diesem Uebel befallen war, und der in einer Sagofactorei arbeitete, u. zw. war mit sehr geringen Ausnahmen die gesammte Haut des Individuums afficirt. An der Oberfläche der betroffenen Stellen ist die Epidermis in einer Serie von parallelliegenden concentrischen Wellenlinien angeordnet. Bei näherer Prüfung erkennt man, dass dies durch eine Unterminirung (Imbricatio) der Epidermis hervorgebracht wird und es lässt sich in Folge dessen an sehr vielen Stellen die Epidermis grossblättrig abschälen. Die gesunde Haut charakterisirt sich durch eine lichtere Färbung von der kranken. Am deutlichsten nimmt man die Erscheinungen der Krankheit am Rücken und den Schultern wahr, während Thorax, Abdomen, Gesicht und Extremitäten durch energische Kratzeffecte bedeutend alterirt sind. Die Grenzen zwischen gesunder und kranker Haut sind nicht an allen Stellen deutlich markirt. Patient kann darüber nichts aussagen, ob er die Krankheit Jemandem mitgetheilt habe.

Bezüglich der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen dem Pilze der Tinea imbricata und Trichophyton tonsurans hat M. zunächst die Beobachtung gemacht, dass, während der letztere relativ sparsam

auftritt, der erstere in enormer Menge sich in afficirten Hautpartien vorfindet. Sodann ist der Pilz von Tinea imbricata in den tiefsten Epidermisschichten gelegen, während der Pilz bei Tinea circinata nach der Ansicht des Verf. im gefässhaltigen Gewebe der Haut liegen soll.

Die Conidien der Tinea imbricata sind meist oval und sehr oft unregelmässig in einzelnen Gruppen oder viel verzweigten Aesten angeordnet. Sie sind zuweilen dunkel gefärbt und enthalten oft röthlichbraune Granula. Auch das Mycelium scheint in zwei Arten aufzutreten, nämlich blass und dunkel. Die letztere Form ist auch viel verzweigt, weist in Intervallen kleine Protuberanzen auf, ist vielfach gegliedert und endigt entweder in eine bulböse Auftreibung oder in eine Conidienkette.

Der Contrast in den klinischen und mikroskopischen Charakteren wäre hiermit entschieden. Einen positiven Beweis erhielt M. durch die Ueberimpfung von Tinea circinata auf den einen und von Tinea imbricata auf den anderen Vorderarm eines bis dahin ganz gesunden Individuums. Am zehnten Tage waren bereits die ersten Erscheinungen der Tinea imbricata in Form brauner Flecke, die reichlich Mycelium und Sporen enthielten, bemerkbar, nachdem blos Abschuppung ohne Röthung vorausgegangen war.

Ueber die geographische Verbreitung der Tinea imbricata theilt M. mit, dass er viele Fälle in Amoy beobachtet habe, welche jedoch mit einer einzigen Ausnahme in den Inseln des malayischen Archipels acquirirt worden waren. Er hat sodann im südlichen Formosa dieselbe Krankheit beobachtet. M. spricht am Schlusse die Meinung aus, dass dies dieselbe Krankheit ist, welche unter den Namen „Pita“ oder „Tokelau itch“ von Tilbury Fox und Farquhar in ihrem Werke über die endemischen Hautkrankheiten Indiens (nach einem Berichte von Dr. Turner von den Samoa-Inseln 1869) beschrieben worden ist. Schiff.

Buchanzeigen.

Zur Pathologie der Tabes dorsalis. Von Prof. W. Erb. Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1. Juli 1879.

Erb's wichtige Arbeit beschäftigt sich im ersten grösseren Abschnitt mit der Diagnose der Tabes und zwar, worin der Knotenpunkt zu suchen ist, mit der Diagnose der frühesten Stadien der Hinterstrangsklerose. Gehört diese nun auch speciell nicht in den Rahmen dieser Vierteljahresschrift, so erscheint dennoch die kurze Wiedergabe der für die Erkenntniss der ersten Erscheinungen der Krankheit von Erb zusammengestellten Symptome zum genaueren Verständniss der auf Syphilis Bezug habenden ätiologischen Verhältnisse der Tabes nutzbringend.

E. unterscheidet Symptome, die als klassische, constante, nicht leicht bei anderen oder nur bei ganz bestimmten anderen Krankheiten vorkommende bezeichnet werden können und solche, welche bei dieser allerdings auch häufig, häufig aber auch bei anderen Krankheiten vorkommen, deren Anwesenheit also nur einen mehr oder weniger relativen diagnostischen Werth hat. Zu den ersteren rechnet er die lancinirenden Schmerzen, das Fehlen der Sehnenreflexe bei erhaltener Motilität und Ernährung der Muskeln, die Ataxie, das Schwanken beim Schliessen der Augen, objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen, besonders die Analgesie und Verlangsamung der Schmerzleitung und die spinale Myosis mit reflectorischer Pupillenstarre (d. h. jenen Zustand der Pupillen, in welchem sich dieselben in einer mehr oder weniger, nicht immer jedoch sehr hochgradigen Verengerung befinden, dabei auf Lichteindrücke gar nicht, dagegen auf accommodative Impulse (starke Convergenz)

wohl auch reagiren [1]), zu den letzteren die Ermüdung und Unsicherheit der Beine, die Blasen- und Geschlechtsschwäche, die Augenmuskellähmungen und die Sehnervenatrophie.

Das klinische Material für diese Aufstellung bieten 44 Fälle, die als typische Beispiele von Tabes bezeichnet werden dürfen, zu welchen 7 treten, die durch das combinirte Vorhandensein von einzelnen Symptomen der ersteren Gruppe mit mehreren der zweiten als beginnende Tabes zu deuten waren.

Für unsere Zwecke beansprucht der zweite Theil der Arbeit das Hauptinteresse. Derselbe handelt von der Aetiologie der Tabes und weist in der Vorgeschichte derselben der Syphilis den Löwenantheil zu. Für die genaue Verwerthung und die gegebene Anregung zu weiterem Studium ist dem Verfasser um so mehr Dank zu wissen, als gerade in Deutschland dieser Seite der Aetiologie bis jetzt wohl zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Dagegen sind es französische Forscher, vor allem Fournier (daneben Grasset, Vulpian etc.), der mit grosser Entschiedenheit und bedeutsamen Gründen dafür eingetreten ist, dass es eine wirkliche syphilitische Tabes gebe, dass die Hinterstrangssklerose eine der möglichen Localisationen der Syphilis sei und dass ein solcher Zusammenhang sehr häufig vorkomme.

Erb's eigene Beobachtungen enthalten 33mal Angaben über früher vorhandene Syphilis, darunter wird 15mal das Vorhandensein verneint, dagegen 18mal zugegeben; hierunter sind allerdings 4 Fälle, in welchen die Kranken aussagten, vor vielen Jahren einen Schanker gehabt zu haben (ob wirklich einen „harten" Schanker, war nicht immer sicher zu ergründen), dass sie aber später von secundären Erscheinungen verschont geblieben seien. Unter den 7 Fällen beginnender Tabes war 6mal Syphilis vorhanden gewesen. Dazu kamen neuerdings noch 13 weitere Fälle; nur bei zweien derselben war keine Syphilis vorhanden; bei 9 Fällen war dieselbe vorausgegangen und in 2 Fällen (Frauen) war eine Infection wahrscheinlich, da die Ehemänner syphi-

[1]) Die progressive Paralyse der Irren, die einzige bis jetzt bekannte Krankheit, bei welcher dies letzte Phänomen mit nahezu ähnlicher Häufigkeit auftritt, wie bei Tabes, nimmt Ungleichheit der Pupillen mit Unerregbarkeit für Licht (bei erhaltener Reaction für Accommodation) für sich in Anspruch. E.

litisch waren. Nach Ausschluss dieser beiden würden unter 44 Fällen 27 mit vorausgegangener Syphilis sein.

Es wäre dies also mehr als die Hälfte der Tabeskranken. Bisher hat noch Niemand diesem Zusammenhange auf anatomischem Wege nachgespürt, und einstweilen lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob die Syphilis nur zur Tabes disponirt, oder ob die Hinterstrangsklerose wirklich eine Localisation der Syphilis, ob sie in gewissen Fällen eine specifische luetische Erkrankung ist. Mit dem technischen Nachweise des syphilitischen Ursprunges der Tabes würde einer grossen Anzahl von Kranken, vielleicht mehr als der Hälfte durch energische, antiluetische Behandlung vor Allem der früheren Stadien eine neue und grosse Chance der Rettung erwachsen.

In 17 Fällen von E. finden sich genauere Notizen über die Zeit des Auftretens der ersten tabetischen Symptome nach stattgehabter Infection, sich zwischen 2 und 14 Jahren bewegend: 5mal innerhalb 2—5 Jahre, 8mal zwischen 6—10 Jahren und 4mal von 11—14 Jahren. In der Mehrzahl der Fälle waren nur spärliche, nicht selten angeblich gar keine secundären Symptome vorhanden gewesen, nur in ganz einzelnen Fällen waren Recidive vorgekommen (keine Lues in der Nachkommenschaft). Von noch bestehenden Zeichen der Syphilis war in der Regel gar nichts zu entdecken.

Auch erschien die Tabes der Syphilitischen nicht ausgezeichnet durch besondere Symptome oder eine besondere Gruppirung oder Aufeinanderfolge der Erscheinungen, durch überwiegende Häufigkeit einzelner Kennzeichen und eine Zusammenstellung von einem Dutzend „syphilitischer“ und einem Dutzend „nicht syphilitischer“ Tabesfälle ergab in der procentigen Häufigkeit der einzelnen Symptome keinen besonderen Unterschied.

Erb's Versuche mit antiluetischer Behandlung sind erst neueren Datums. Doch scheint ihm aus der Betrachtung der überaus traurigen Prognose der Tabes, der Zugänglichkeit und Heilbarkeit der Syphilis durch energische Behandlung selbst in ihren späteren und schwereren Localisationen, besonders auch im centralen Nervensystem, bei der Erwägung der Unschädlichkeit einer vorsichtig geleiteten antiluetischen Behandlung unzweifelhaft der von Fournier zuerst aufgestellte Satz hervorzugehen, dass überall da, wo sich in der Vorgeschichte der Tabes Syphilis nachweisen lässt, eine energische antisyphilitische Behandlung zu versuchen ist und zwar je

früher desto besser. E. empfiehlt daher auch eine energische und consequente Schmierkur (4—5 Grm. täglich, Bäder, Douchen), daneben oder darnach einen Versuch mit Jodkalium in so grossen Dosen, als sie eben vertragen werden etc. Dr. Schumacher II. Aachen.

Photographic Illustrations of Skin Diseases. By George Henry Fox, Clinical Professor of Dermatology, Starling Medical College, Columbus, Ohio. E. B. Treat, New-York. — 1., 2., 3. und 4. Heft.

Dieser photographische Atlas der Hautkrankheiten, von dem uns bisher vier Hefte zu je vier Bildern zugekommen sind, ist nach Negativen der photographischen Sammlung des Dr. Mason im Bellevue Hôspitale in New-York angefertigt, und von einem Wiener Arzte, Dr. J. Gaertner, mit der Hand colorirt. Die Bilder sind von ungleichem Werthe, manche etwas dürftig im Colorit und zu klein, um klare Vorstellungen zu geben, andere von ausserordentlicher Lebhaftigkeit und Wahrheit, wie z. B. Acne und Comedo, Ichthyosis, Leucoderma, Favus. Jeder Photographie sind zwei Seiten erklärenden Textes beigegeben, der dem Namen des Herausgebers keine Unehre macht. Der Preis der einzelnen Lieferung (2 Dollars, so dass der ganze Atlas von 48 Bildern auf 24 Dollars zu stehen kommt), ist ein mässiger, die Ausstattung der Cahiers in Quartformat vorzüglich.

Auspitz.

Varia.

Die „Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie“, welche soeben ihren zehnten Jahrgang vollendet haben, treten nun in eine neue Phase. Wie eine Zuschrift ihres verdienstvollen Herausgebers und Redacteurs, des Dr. A. Doyon, dem Leser mittheilt, wird das Journal vom Jahre 1880 ab als zweite Serie der „Annales“ unter der gemeinsamen Redaction des Gründers Doyon und der Herren: E. Besnier, P. Diday, A. Fournier, Gailleton, Horteloup, Rollet und Trasbot, und zwar statt wie bisher in sechs Heften jährlich, nunmehr als Vierteljahresschrift erscheinen. Wir sehen dem Unternehmen, das durch so eminente Kräfte gestützt wird, mit eben so grossen Hoffnungen entgegen, als wir dem Gründer und bisherigen alleinigen Redacteur des Journals für seine wissenschaftliche und publicistische Thätigkeit in unserem Fache die vollste Anerkennung zollen.

Nekrologe.

Devergie †.

In Paris starb im Alter von 82 Jahren Alphons Devergie, der Nestor der französischen Dermatologen und einer der hervorragendsten Vertreter der Pariser Schule. Devergie übernahm im Jahre 1840 die Leitung einer dermatologischen Abtheilung im Hôspital St. Louis, an welcher er volle 24 Jahre wirkte und lehrte. 1857 wurde er Mitglied der Académie de médecine, 1874 deren Präsident. Abgesehen von seinen wichtigen Arbeiten über Hygiene und gerichtliche Medicin hat er eine Reihe von dermatologischen Schriften veröffentlicht, die erste 1846 über die Dextrinbehandlung des Eczema varicosum, dann über Quecksilbercollodium gegen Zona (1864), über das Verhältniss der Hautkrankheiten zu allgemeinen pathologischen Zuständen (1867), über Quecksilber-Chlorür und Jodür gegen Acne rosacea (1867), über den Einfluss der schnellen Heilung der Flechten auf den Organismus (1867), über Tagesfragen bei Hauttherapie (1868), über den Arsenikgebrauch (1869), über das Cancroid, Noli me tangere, Impetigo rodens (1871), ferner verschiedene Aufsätze in Journalen, endlich als sein wichtigstes Werk den „Traité des maladies de la peau", welcher drei Auflagen erlebte, die dritte 1863, eine Reihe vortrefflicher Krankheitsbilder enthält und dabei wesentlich den praktischen Standpunkt einhält. Den Fortschritten der letzten Jahre konnte D. bei seinem vorgerückten Alter wohl nicht mehr folgen; doch war seine Thätigkeit immer noch lebendig genug, um die wissenschaftliche Forschung seinen Leistungen nicht fremd gegenüberstehen zu lassen. Sein Wissen wie seine Ehrenhaftigkeit und sein Pflichtgefühl waren über alles Lob erhaben und sichern ihm ein ehrendes Andenken.

Bumstead †.

In New-York starb am 28. November vorigen Jahres im Alter von 53 Jahren Dr. Freeman J. Bumstead in Folge eines Unfalls mit dem Wagen bei freilich schon früher schwankender Gesundheit. Von 1868 bis 1871 war er Professor der Syphilidologie im College of Physicians and Surgeons, legte dann seine Stelle nieder und brachte zwei Jahre auf Reisen zu. In Wien war er im Jahre 1872, wo wir ihn als hochgebildeten und liebenswürdigen Collegen kennen lernten Im Jahre 1861 war schon die erste Ausgabe seiner vortrefflichen „Pathologie und Behandlung der venerischen Krankheiten" erschienen; die vierte, von ihm in Gemeinschaft mit Prof. R. W. Taylor bearbeitet, erschien kurz vor seinem Tode und bildet einen höchst werthvollen Nachlass des ausgezeichneten Mannes für die Wissenschaft. Sein Tod reisst eine tiefe Lücke in der Reihe der jüngeren Syphilidologen, unter welchen er als Kliniker, Schriftsteller und Lehrer einen der ersten Plätze einnahm.

Bibliographie des Jahres 1879.

Dermatologie.

Zweites Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 pag. 660 ff.)

Arnheim, Ueber Hämoglobingehalt des Blutes bei einigen acuten Exanthemen der Kinder. Petersb. med. Woch. IV. 16. p. 156.

Baas, J. Hermann, Folgekrankheiten der Vaccination und Revaccination. Wien. med. Presse XX. 7.

Besnier, Ueber Classification der Hautkrankheiten. Gaz. des Hôp. 52.

Bonfigli, Clodmiro, Sulla pellagra. Lettere polemiche al Dr. C. Lombroso. 8. 116 pp.

Bradbury, J. B., Ueber Behandlung d. Hautkrankheiten. Lancet I. 25; Juni.

Bryk, A., Ulceröses Lymphangiom d. Füsse (Elephantiasis lymphorrhagica); metastat. Lymphangiome der Haut der Unterschenkel, der oberen Extremitäten u. der Schleimhaut d. Gaumenrachenpartien. Arch. f. klin. Chir. XXIV. 2. p. 273.

Bufalini, G., Ueber therapeut. Anwendung d. Pikrinsäure gegen Ekzem. Giorn. internaz. delle sc. med. N. S. I. 3 e 4 p. 324.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Nomenclatur u. Classification der Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 2. p. 136; April.

Cameron, Charles, Ueber animale Vaccination. Dubl. Journ. LXVII. p. 377; Mai.

Cornil, V., Ueber d. anatom. Veränderungen b. Acne. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XV. 3. p. 294; Mai, Juni.

Cottle, Wyndham, Chaulmoogra-Oel gegen Lepra. Brit. med. Journ. June 28.

Duhring, Louis A., Atlas of skin diseases. Part IV. Vitiligo. Alopecia areata. Tinea favosa. Eczema (rubrum). Philadelphia 1878. Fol. 4 Taf. in Farbendr. mit Text.

Du Mesnil, O., Ueber die Nothwendigkeit, die nach Paris zuziehenden Arbeiter zu revacciniren. Ann. d'Hyg. 3. S. I. p. 444; Mai.

Ehrendorfer, F., Ueber Behandlung der Blattern mit Glycerin. Wien. med. Presse XX. 25, 26.

Elsberg, Louis, Ueber d. Affection d. Larynx bei Lepra. New-York med. Record XV. 1; Jan.

Fox, Tilbury, Seltene Formen von Hautkrankheiten. Lancet I. 22, 26; Mai, Juni.

Fox, George Henry, On the permanent removal of hair by electrolysis. New-York, Trow's Printing. Co. 8. 4 pp. New-York med. Record. March 22.

Furnée jun., G. J. H., Zur Vaccinationsfrage. Geneesk. Tijdsch. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 4. S. 184.

Gibney, V. P., Fall von Scleroderma oder Morphaea mit Hemiatrophia facialis, Alopecia areata u. Canities. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 155; April.

Guibout, E., Ueber Hautkrankheiten: Keloid, Urticaria. L'Union 48, 60, 70.

Hardy, Fall von Zona. Gaz. de Par. 20, 21.

Harlingen, A. van, Fall von Scrophuloderma ulcerativum. Arch. of Dermat. V. 2. p. 113; April.

Hofmann, Ueber Impfung mit animaler Lymphe. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 22.

Hutchinson, Jonathan, a) Herpes zoster frontalis und trochlearis. — b) Onychia maligna. Lancet I. 18; May p. 619, 620.

Hutchinson, Jonathan, Ueber einige seltene Formen von Hautkrankheiten. Med. Times and Gaz. 31. Mai.

Jewett, P. A., Acne rosacea. New-York med. Record XV. 16; April.

Kaposi, Moriz, Zur Therapie d. Ekzem. Wien. med. Presse XX. 27, 28, 29.

Kaposi, M., Ueber Combination von Lupus mit Carcinom. Anzeiger der Ges. d. Aerzte in Wien 11.

Kolb, G. Fr., Der heutige Stand der Impffrage in kurzen Umrissen. Leipzig, Felix. 8. 38 S.

Leonard, Crosby, Elephantiasis Arabum des Unterschenkels, behandelt durch Ligatur der Femoralarterie. Brit. med. Journ. Juni 21. p. 394.

Liveing, Robert, Fälle v. Hebra's Prurigo. Lancet II. 1; Juli.

Liveing, Robert, Ueber Behandlung d. fälschlich Psoriasis palmaris genannten Ekzem d. Palma manus. Brit. med. Journ. 5. Juli.

Lyman, Henry M., Scharlachfieber in Chicago. New-York med. Record XV. 18; Mai.

Mackenzie, Stephen, Ueber syphilit. und Jod-Purpura. Med. Times and Gaz. 10. Mai.

M'Connel, J. B., Ichthyosis hystrix. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 148; April.

Michel, Jos., Variolaepidemie in Paris. Gaz. hebd. 2. S. XIV. 21.

Milroy, Gavin, Ueber d. Lepra-Hospital in British Guyana im J. 1877. Med. Times and Gaz. Juni 14.

Morrow, P. A., Fall von Morphaea. Arch. of Dermatol. V. 2. p. 158; April.

Morton, Heilung von chron. partiellem Ekzem (Eczema rubrum) durch Galvanismus. Neurolog. Contributions. I. 1. p. 83.

Neumann, Isidor, Zur Histologie d. Psoriasis vulgaris. Wien. med. Jahrb. 1. p. 67.

Oidtmann, H., Die Bedeutung der Rohwolle u. d. Lumpen für die internationalen Wanderzüge d. Pockenseuche bei d. Menschen und Schafen. Linnich, Selbstverlag d. Vfs. Fol. 44 S. m. Tabell.

Oulmont, Melanodermie u. Broncehaut. Gaz. des Hôp. 71, 74.

Parinaud, Atrophie des Sehnerven bei Gesichtserysipel. Arch. gén. 7. S. III. p. 641. Juni.

Pavy, Psoriasis, geheilt unter Anwendung v. Schwefelsalbe. Med. Times and Gaz. Juni 28. p. 702.

Pearse, T. Frederick, Fall von Dysidrosis. Brit. med. Journ. April 19. p. 586.

Piffard, Henry G., Zur Behandlung d. Lupus. New-York med. Record XV. 14; April.

Pincus, Die Impfung in Grabnick. Vjschr. f. ger. Med. N. F. XXXI. 1. p. 193.

Pissin, Bericht über die 14jähr. Wirksamkeit d. Impf-Institutes für animale Vaccination, mit bes. Rücksicht auf d. allgem. Ausführbarkeit durch den Staat. Berlin, Hempel. 8. 43 S.

Podhajsky, V., Das gesetzmäss. Auftreten der Blattern in der Garnison Krems. Wien. med. Presse XX. 21, 22, 23, 24.

Process wegen fahrlässiger Impfung. Berl. klin. Wchnsch. XVI. 25. p. 377.

Ravogli, A., Untersuchungen über d. Bau, d. Entwicklung und d. Vereiterung d. Cutis. Wien. med. Jahrb. 1. p. 49.

Riant, Ueber Impfzeugnisse. Ann. d'Hyg. 3. S. I. p. 443; Mai.

Sawyer, James, Ueber Anwendung d. Zinkoleat gegen Ekzem. Brit. med. Journ. April 19. p. 586.

Scharlachfieber, Massregeln gegen die Verbreitung desselben u. d. Rachenbräune (Diphtherie) im Grossherzogth. Hessen. Corr.-Bl. d. Niederr. Ver. f. öff. Gesundhpfl. VIII. 1, 2, 3. p. 29.

Schultz, H., Haut, Haare u. Nägel. Ihre Pflege, ihre Krankheiten u. deren Heilung. Leipzig, J. J. Weber. 8. X u. 143 S. mit eingedr. Holzstichen.

Sesemann, E., Zur Therapie der Acne vulgaris. Petersb. med. Wchnschr. IV. 21.

Silberstein, Eigenthüml. Exanthem. Wien. med. Presse XX. 17.

Smith, Walter, Ueber Anwendung d. Chrysophansäure bei Hautkrankheiten. Dubl. Journ. LXVII. p. 320; April.

Smith, Walter, Fall v. Lupus. Dubl. Journ. LXVII. p. 525; Jun.

Spender, John Kent, Ueber Behandlung des oft für Psoriasis palmaris gehaltenen Ekzem d. Hand. Brit. med. Journ. 21. Juni p. 932.

Stricker, Wilhelm, Ueber Hypertrichosis. Virchow's Archiv LXXVII. 1. p. 541.

Thiry, Dermatosis vegetans congenita. Presse méd. XXXI. 24.

Vidal, Ueber Peladen. Gaz. des Hôp. 58, 59.

Virchow, Rudolf, Ein Aussatzhaus bei Scutari. Virch. Arch. LXXVII. 1. p. 171.

Voigt, Leonh., Der Erfolg mit d. animalen Vaccine in d. Hamburger Impfanstalt. Leipzig, F. C. W. Vogel. 8. 28 S.

Woodbury, Frank, Idiopath. Erysipel. Philadelph. med. and surg. Reporter XL. 14. p. 287; April.

Syphilis.

Zweites Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 pag. 665 ff.)

Auspitz, Ueber die Excision d. Hunter'schen Induration. Wien. med. Presse XX. p. 17, 18.

Baxter, E. Buchanan, Syphilit. Inoculation durch eine Zahnbürste. Lancet I. 22; Mai.

Beger, Albert, Trachealsyphilis. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIII. 5. u. 6. p. 608.

Bonalumi, Giovanni, Ueber Anwend. d. Jodoform b. weichen syphilit. Geschwüren u. Bubonen. Gazz. Lomb. 8. S. I. 21.

Buzzard, Thomas, Fälle von andauernder Somnolenz bei Gehirnsyphilis. Lancet I. 23. Juni.

Cooper, Arthur, Ueber Behandlung unreiner localer u. syphilit. Geschwüre mittelst Immersion. Lancet I. 21. Mai.

Deakin, Shirley, Fälle von syphilit. Erkrankung der Leber. Lancet I. 16; April.

Duplay, Myositis syphil. diffusa. Arch. gén. 7. S .III. p. 731; Juni.

Ewe, Fälle v. geheilt. Lungensyphilis. Wien. med. Presse XX. 24.

Finlayson, Syphilit. Hemiplegie; Heilung. Glasgow med. Journ. XII. p. 43; Juli.

Fournier, Ueber Confrontation bei Syphilis (Vergleich der Erkrankung bei angestecktem und ansteckendem Individuum). Gaz. des Hôp. 63.

Fournier, Ueber Phagedänismus bei Syphilis. Gaz. d. Hôp. 73, 76.

Güntz, J. Edm., Fall von Schleimplaques an d. Genitalien eines Kindes. Deutsche med. Wochenschr. 26.

Hammond, W. A., Aphasie syphilit. Ursprungs. Neurolog. Contributions I. 1. p. 62.

Horteloup, Ueber Hautsyphiliden und Behandlung d. ulcerösen Formen ders. mit Calomeldämpfen. Gaz. des Hôp. 55, 56.

Hueter, C., Zur Geschichte der Excision d. syphilit. Initialsklerose. Chir. Centralbl. VI. 24.

Hutchinson, Jonathan, a) Paralyse d. 5. u. 3. Nerven ders. Seite, wahrscheinl. durch ein syphilit. Gumma bedingt. — b) Schanker der Oberlippe. — c) Rasche Heilung einer schweren syphilit. Erkrankung durch profusen Ptyalismus. Lancet I. 18. Mai p. 619.

Julliard, L. J., Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis. Paris, J. B. Baillière et fils. gr. 8. 95 p.

Kirchhoffer, Die Ursachen d. Recidive d. Syphilis. Med. Cent.-Zeitg. XLVIII. 58, 59.

Krishaber, M., Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques. Paris, G. Masson. 8. 38 p.

Lockwood, C. B., Ueber Anwendung d. Pilocarpinnitrat bei Behandlung der Syphilis. Med. Times and Gaz. 19. April. p. 422.

Matthés, G., Kochsalz-Sublimatinjectionen bei Syphilis. Memorabilien XXIV. 6. p. 262.

Mauriac, Ch., Ueber „Bubon d'emblée". Gaz. des Hôp. 67, 70, 75.

Morton, W. J., Nervenaffection bei Syphilis (Cephalalgie); vollständige Ptosis u. Paralyse der Augenmuskeln — (Paraplegie). Neurolog. Contributions I. 1. p. 86, 89.

Mracek, Ueber die an den Lippen vorkommenden Primäraffecte (Sklerosen). Wien. med. Wochenschr. XXIX. 18. p. 492.

Neisser, Albert, Ueber eine der Gonorrhöe eigenthüml. Micrococcusform. Med. Centralbl. XVII. 28.

Otis, Fessenden N., Ueber d. physiolog. Pathologie d. Syphilis. Boston med. and surg. Journ. C. 16. p. 529; April.

Parrot, Ueber die Knochenaffectionen bei hereditärer Syphilis. Med. Times and Gaz. 24. Mai. — Lancet I. 20. Mai.

Petersen, O., Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutaner Injection einer Pepsin-Sublimatlösung. Petersb. med. Wchnsch. IV. 24.

Reumont, A., Chrysophansäure bei d. Behandlung v. Syphiliden. Berl. klin. Wchnsch. XIV. 22.

Schnitzler, Joh., Ueber Lungensyphilis u. ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien. med. Presse XX. 19, 21, 27.

Schulgowsky, D., Bluntersuchungen mittels d. Hämatometers von Hayem u. Nachet bei frühen Formen der Syphilis. Petersb. med. Wchnsch. IV. 24.

Sée, Marc, Doppelter Fungus syphiliticus des Hodens; Heilung durch innerl. Anwendung von Jodkalium. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 17.

Seguin, E. C., Paraplegie bei Syphilitischen. Arch. of Dermat. V. 2. p. 123; April.

Weber, H., Ueber die verschiedenen Perioden d. Lues. Schweiz. Corr.-Bl. IX. 11. p. 328.

Will, J. C. Ogilvie, Ueber Tripper. Edinb. med. Journ. XXIV. p. 882; April.

Originalabhandlungen.

Mykologische Beiträge.

Von Dr. **P. G. Unna** in Hamburg.

(Hierzu Tafel II.)

I. Herpes tonsurans vesiculosus in drei concentrischen Ringen auftretend.

(Hierzu Fig. 1.)

Herr Dr. Michael hatte die Güte, mir einen Fall von Herpes tonsurans mitzutheilen und dessen Publication zu gestatten, welcher durch Verdreifachung des Ringes eine merkwürdige, dem Herpes Iris äusserst ähnliche Erscheinung darbot. Da Manson in seiner Publication über „Tinea imbricata" unter den wohlberechtigten Unterschieden dieser Pilzkrankheit vom gewöhnlichen Ringworm die Multiplicität der Ringe als pathognomonisch für Tinea imbricata angibt, sei es mir gestattet, diesen Fall kurz zu skizziren, um zu zeigen, dass ein derartig erneutes Hervorbrechen aus dem Ansiedelungsmittelpunkte doch auch beim Trichophyton tonsurans nicht zu den Unmöglichkeiten gehört.

Auf dem Rücken eines in ärmlichen Verhältnissen lebenden eilfjährigen Mädchens, in der Gegend der linken Fossa supraspinata, fanden sich die sehr regelmässig angeordneten, vollkommen ausgebildeten, concentrischen Ringe in der Grösse, wie sie die Abbildung nach einer von Herrn Dr. Michael angefertigten Farbenskizze wiedergibt. Das Aussehen der Ringe war gleichmässig; alle standen auf derselben Höhe der Entwickelung. Sie bestanden aus circa 3 Mm. breiten, leicht erhabenen Wällen, welche auf mässig gerötheter Basis trockene, weissliche Schuppen und am äusseren Saume zerstreut hier und da ein Bläschen trugen. Die Zwischenräume zwischen den Wällen waren ebenfalls ziemlich von gleicher

Breite, nämlich wie der Radius des innersten Kreises: circa 4 Mm. Die mikroskopische Untersuchung der Schuppen wies mässig reichliche Mycelien und Conidienketten auf. Die Anamnese war nur mit Mühe zu erheben, ergab aber soviel, dass zuerst ein, dann zwei, endlich drei Ringe und zwar immer wieder vom selben Punkte ausgehend, im Laufe einiger Wochen entstanden seien, und dass die Mutter vor Kurzem eine schuppende Krankheit des behaarten Kopfes mit Haarausfall durchgemacht habe. Die Indolenz der Umgebung, die Dicke und relative Unempfindlichkeit der Rückenoberhaut und die Schwierigkeit für den kratzenden Nagel, die betreffende Region zu erreichen, möchte die exemplarisch schöne Ausbildung des Herpes tonsurans in diesem Falle begünstigt haben. Die Therapie gebot die schleunige Zerstörung der Kreise, weshalb ein weiteres Verhalten derselben nicht verfolgt werden konnte.

II. Eine ringförmige Varietät von Pityriasis versicolor.

Schon gegen Ende des Jahres 1879 machte sich in Hamburg eine auffallende Häufigkeit der gewöhnlichen Pilzaffectionen der Haut geltend. Dass die ungewöhnlichen Witterungverhältnisse dieses Winters hiezu das ihrige beitrugen, erscheint mir nicht unwahrscheinlich. Vor Allem fanden sich Herpes tonsurans- und Pityriasis versicolor-Fälle in überraschender Anzahl. Dass ein entschiedener Genius epidemicus für gewisse Dermatomykosen vorlag, zeigte sich auch dadurch, dass viele Individuen, welche Jahre lang die bekannten Flecken von Pityriasis versicolor oder Eczema marginatum an der inneren Schenkelfläche getragen hatten, plötzlich unter universellen Ausbrüchen dieser Pilzkrankheiten zu leiden hatten; dass manche alte Fälle von uncomplicirtem Pruritus ani oder scroti mit einem Male ihr Ansehen veränderten, sich als Pilzansiedlungen erwiesen und dann auch unter entsprechend veränderter Behandlung rasch besserten; dass die Pityriasis versicolor endlich auch an Körpergegenden zu sehen war, welche sonst peinlich von ihr gemieden werden, nämlich am unbedeckten Halse und Gesichte. Auf das gleichzeitige gehäufte Vorkommen von Impetigo contagiosa möchte ich ebenfalls hinweisen.

Diese Fruchtbarkeit, wenn ich mich so ausdrücken darf, stieg noch im Januar 1880 und erreichte Anfangs Februar in dem mir

zugänglichen Beobachtungskreise ihr Maximum. Seitdem hat sich die Anzahl neu auftretender Fälle bedeutend vermindert. Ich bin so glücklich, nicht blos auf die trügerische Statistik einer einzelnen Privatpraxis in dieser Hinsicht angewiesen zu sein, da mir die officielle Untersuchung der Prostituirten forwährend ein reiches Beobachtungsmaterial von grosser Constanz zuführte. So zählte ich beispielsweise an einem Tage im Anfange des Februar in einem bestimmten Quartiere unter 82 weiblichen Individuen 17 Fälle von Mykosen und zwar grösstentheils solche von Pityriasis versicolor, also circa 20% bei sonst gesunden und die Pflege der Haut mehr als gewöhnlich beobachtenden Personen. Hierin waren freilich alle Mykosen älteren und jüngeren Datums, ganz beschränkte und universelle inbegriffen. Aber diese Zahl — und ähnliche ergaben auch andere Bezirke — überstieg doch die Norm um das Drei- bis Vierfache. Noch jetzt (im März) ist jedoch dieser Durchschnitt von 5—8% nicht wieder erreicht.

Hier hatte ich nun auch sehr häufig die mir bis dahin fremde Erscheinung einer Pityriasis versicolor zu registriren, welche wie der Herpes tonsurans vesiculosus sich in Ringform abwandelte. Es fand dieses besonders bei den acuten, über grössere Körperstrecken ausgedehnten Ausbrüchen statt. Die neu entstandenen Flecke waren zuerst immer kreisförmig, etwa zwanzigpfennigstückgross. Während dieselben sich peripherisch vergrösserten, schwand die braune Farbe in der Mitte vollständig und es waren jetzt Ringe vorhanden, an Grösse bis zu der eines Fünfzigpfennigstücks, während das blassgewordene Centrum ungefähr den Umfang der ersten Ansiedlung hatte. Diese acut und in Ringform auftretenden Eruptionen zeigten nicht wie die sehr chronisch zunehmenden universellen Pityriasis-Fälle eine Neigung zu confluiren. Die Affection besserte sich, ja verschwand sogar in einigen Fällen spontan unter gewöhnlichen Waschungen. In anderen Fällen beobachtete ich unter medicamentöser Einwirkung ein Schmälerwerden der Ringe, indem das periphere Wachsthum nie die Fünfzigpfenniggrösse überschritt, aber das blasse Centrum sich allmälig vergrösserte. Eigentliche Uebergänge von der Ring- zur gewöhnlichen Kreisform waren nicht vorhanden, dagegen kamen öfters beide Formen an einem Individuum vor, indem z. B. Brust und Bauch mit confluirenden Kreisflecken, die Inguinalgegenden mit discreten Ringen besetzt waren.

Es war somit hier eine vollkommene Analogie der Pityriasis versicolor mit dem Herpes tonsurans vorhanden, der bekanntlich sowohl in Ring- als in Kreisform auftritt. Doch liegt mir nichts ferner als hierin etwas mehr als eine blosse Analogie zu sehen. Bis auf die Ringform handelte es sich stets um eine gut charakterisirte Pityriasis versicolor, wofür ausser dem leicht nachweisbaren Pilze das rehbraune Colorit, das Abschilfern unter dem kratzenden Nagel, der oberflächliche Sitz in der Hornschicht und die vollkommene Schmerzlosigkeit der Affection genügendes Zeugniss ablegten. Die Ringform ist ja überhaupt nur der Ausdruck für besondere Existenzbedingungen des Nährbodens. Sind diese reichlich schon in den oberen Hornschichten vorhanden, so resultirt eine einfache ungehinderte Flächenausbreitung, d. i. die Kreisform. Sind dabei aber die äusseren Bedingungen der Verbreitung abnorm günstige, so werden auch weniger disponirte Individuen befallen werden und es ist dann leicht verständlich, dass bei diesen die Affection ausnahmsweise weniger Fuss fassen kann und daher einerseits rascher wieder vergeht oder mit anderen Worten acuter auftritt, andererseits der Pilz die befallenen Stellen rascher abweidet, als er Nahrungszuschuss erhält und daher aus der Kreiszur Ringform übergeht.

III. Pityriasis versicolor im Gesichte.

Es gilt als Dogma, dass die Flecke von Pityriasis versicolor stets nur an bedeckt gehaltenen, dem Lichte entzogenen Partien der Haut zu finden sind. Gehen wir die Lieblingsplätze derselben durch, so finden wir allerdings alle am Rumpfe und den Extremitäten soweit vertheilt, als der Körper gewöhnlich bekleidet ist. Gesicht, Hände und Füsse dagegen scheinen sich vollkommener Immunität zu erfreuen. Näher bezeichnet werden nun innerhalb dieser Grenzen im Allgemeinen solche Plätze bevorzugt, denen eine höhere Temperatur und stärkere Ausdünstung eigen ist: es sind die Beugeflächen der Hüft- und Schulter- (Inguinalgegenden und Achselhöhlen), Knie- und Ellbogengelenke, Hals und Nacken, soweit sie bekleidet getragen werden, die mittlere, obere Brust- und Schamgegend, sowie ein schmaler, mittlerer der Linea alba

folgender Streifen, welcher diese beiden verbindet, ein ähnlich ausgebuchteter, mittlerer Streifen am Rücken, endlich die Contactflächen zwischen Scrotum und den Beinen und unter den Hängebrüsten. Auf diesen Punkten pflegen die ersten Ansiedlungen zu erfolgen und von hier aus nach allen Seiten sich auszubreiten. Liegt es da nicht nahe, noch mehr als an den Einfluss des Lichtes an den der Wärme und Feuchtigkeit zu denken? Soweit der Körper unbedeckt getragen wird, hat eben nicht blos das Licht, sondern auch die Luft freien Zutritt, mit der rascheren Verdünstung sind aber Trockenheit und Kälte zugleich gegeben und wir haben vom botanischen Standpunkte aus wohl mehr Grund für das Gedeihen von Pilzen auf diese Gewicht zu legen als auf das Licht. Es würde zu dieser Ansicht auch recht gut stimmen, wenn die Beobachtung, welche ich bisher stets machen zu können glaubte, von anderen Beobachtern bestätigt würde, dass nämlich Pityriasis versicolor besonders bei leicht schwitzenden Individuen vorkommt. Ich kann sogar die Behauptung eines so erfahrenen Dermatologen wie Kaposi, nach welchem „etwas trockene, wenig geschmeidige, mit „trockener Fettsecretion (Seborrhoea sicca) behaftete Hautorgane „in grösserer Zahl Pityriasis darbieten“, recht gut mit meiner Ansicht in Einklang bringen. Denn Kaposi hat offenbar hier diejenigen Personen im Auge, bei welchen ein leichter Defect in der Talgproduction, (nicht der Schweissproduction) statthat und gerade bei diesen führt bekanntlich die Hautausdünstung, die im Gegensatze dazu vermehrt sein kann, an bedeckten und sich berührenden Hautstellen am leichtesten zur Maceration der Oberhaut, an unbedeckten am ehesten zu jenem verderblichen häufigen Wechsel im Wassergehalt der Hornschicht, welcher die Haut „spröde“ macht, zur Abschilferung und weiterhin zum Eczem führt. Sowohl die macerirten, wie die „spröden“, schilfernden Hornschichten aber werden für die Ansiedlung von Pilzen günstigere Verhältnisse darbieten als die gut eingefetteten, geschmeidigen.

Es hatte aus diesen Gründen für mich nichts Wunderbares, als sich mir kürzlich ein Cigarrenarbeiter F. H., 38 Jahre alt, vorstellte mit einer fast den ganzen Rumpf und die Arme bedeckenden Pityriasis versicolor, welcher auch über Jucken im Barte klagte und bei näherer Besichtigung die Pilzflecke nicht blos am bedeckt getragenen Halse, sondern auch über die ganze untere Hälfte des Gesichts

zerstreut zeigte. Es war ein mittelgrosses, untersetzt gebautes Individuum mit reichlichem Fettpolster, stark und leicht schwitzender Haut und üppiger, schwarzer Behaarung. Backen- und Schnurrbart wurden kurz geschoren getragen und zwischen den borstenähnlich abstehenden dicken, übrigens völlig gesunden Haaren sah man die einzelnen, ziemlich hellen, um Kinn und Mund vollkommen confluirenden Pityriasisflecke, welche, wie überall an behaarten Stellen, juckende Empfindung und dadurch Kratzen, leichte Röthung und stärkeres Abschilfern der befallenen Haut verursachten. Die Flecke waren vollkommen zwischen den Haarstümpfen hindurch belichtet und erfreuten sich dennoch vollständiger Integrität. Dagegen war anzunehmen, dass die dichte wenn auch kurze Behaarung den abkühlenden und austrocknenden Einfluss der Luft erfolgreich zu vereiteln im Stande war, indem sie eine mit Wasserdampf gesättigte, stagnirende Luftschicht zunächst der Hautoberfläche erzeugte. Die Affection verschwand rasch unter Einpinslungen einer Mischung von Tinct. rhei aquosa und Glycerin zu gleichen Theilen, am spätesten im Barte, wo sie in die grossen Haarbalgtrichter wohl am tiefsten hinabsteigen konnte.

Ebenso hatte ich schon vor mehreren Jahren an mir selbst Gelegenheit zu beobachten, wie von einem Centrum in der oberen Sternalgegend aus eine kleine Colonie von Pityriasis versicolor in der Mittellinie des Halses, wie ich damals annahm: unter der Beschattung vom Barte entstand und nach wenigen Tagen kleine, leicht vergängliche Vorposten bis in die Nähe des umbarteten Mundes vorschob.

IV. Zur Anatomie des Favus.

Durch die Güte von Herrn Dr. Bülau, Oberarzt im allgem. Krankenhause, kam ich in den Besitz eines Stückes Kopfhaut, welches mit der Diagnose Favus bezeichnet, bereits Jahre lang in Spiritus aufbewahrt worden war. Es hatte ungefähr die Grösse von einem Quadratzoll und war mit einigen grünlichgelben Schüppchen vom Umfang einer Erbse bedeckt, die sich central von Haaren durchbohrt zeigten. Dieses an und für sich kleine Material versprach doch nicht unwichtige Aufschlüsse im Hinblicke darauf, dass die Anatomie des Favus bisher fast nur an abgehobenen Schüssel-

chen und ausgezogenen Haaren studirt wurde und diese Erwartung rechtfertigte sich, wie ich in Folgendem zu zeigen versuche, vollkommen.

Ich theile die Befunde in zwei Classen nach der Dignität, welche sie mir für den Favus überhaupt zu besitzen scheinen. Die erste Reihe bezieht sich auf die Topographie des Favuspilzes. Es ist selbstverständlich und wohl unanfechtbar, dass in der Frage: „auf welchem Wege findet die Invasion des Achorion in die Epidermidalgebilde statt“ übersichtliche Schnittpräparate einen Werth anderer und höherer Ordnung besitzen müssen, als die subtilste Schlussfolgerung aus der Untersuchung von Schuppen und Haaren, die aus ihrem Zusammenhang gerissen wurden. Und merkwürdiger Weise ergaben sich in diesem Punkte lauter eindeutige Bilder, welche hoffentlich dem bisherigen Zwiespalte der Meinungen, sowohl von Dermatologen wie von Botanikern mit einem Mal ein Ziel zu setzen vermögen. Ich bewahre noch heute von den vor zwei Jahren von mir angefertigten Präparaten theils in Glycerin, theils in Canadabalsam 84 Schnitte von jenem Hautstückchen, mit mehreren hundert Haaren und Haarabschnitten, die zu ungefähr 150 Haaren und 40—50 Haarbälgen gehören mochten (fast sämmtliche Haarbälge enthielten mehrere, bis zu sechs Haaren). In allen diesen Haaren ist die Haarzwiebel ohne Ausnahme so weit frei von Pilzen, als noch Kerne in den Rindenzellen durch Hämatoxylintinction sichtbar gemacht werden und gewöhnlich noch ein etwas höheres Stück der compacten Rindensubstanz ebenfalls, mithin ungefähr bis zu der Stelle, von welcher an die innere Wurzelscheide in allen Lagen verhornt ist, also nach der gewöhnlichen Benennung Henle'sche und Huxley'sche Scheide beide vorhanden sind und zugleich das eigentliche Haar (Mark, Rinde und Haarcuticula) sein definitives Kaliber annimmt (s. hierzu Fig. 2 *a* u. *b*). Hier unten im Haarbalg, an der unteren Grenze des dritten Viertels hört die Einlagerung von Pilzen gewöhnlich ziemlich rasch und mit gleicher Schärfe bei schwacher und starker Vergrösserung auf, bei vielen Haaren aber bereits weiter oben, ja schon im Haarbalgtrichter. Dass die Grenze zwischen gesundem und krankem Haare auch bei den allerschwächsten Vergrösserungen (Hartn. II, 1) sich so deutlich markirt, rührt von den Veränderungen her, welche die Hornsubstanz durch die Pilzwucherung

erleidet. Sie erscheint in Glycerin sowie im Canadabalsam bräunlichgelb, dunkler als die normale Haarrinde, trockener und weniger glänzend. Besonders hat sie aber ihr sonst so gleichmässiges Gefüge vollständig eingebüsst. Die Conidienketten drängen die Hornzellen wirr durcheinander, nicht blos der äussere, glatte Contour des Haarschaftes ist verloren, in seiner ganzen Dicke scheint er zerworfen und aufgefasert. Dasselbe vergilbte, vertrocknete und unordentlich zerklüftete Ansehen bietet die innere Wurzelscheide, soweit sie verhornt ist und nur selten bis dicht an die Grenze der Verhornung heran. Gewöhnlich ist der Haarschaft mit seiner Cuticula und die innere Wurzelscheide mit der ihren ungefähr bis in die gleiche Tiefe des Haarbalges verändert und lassen deshalb nicht erkennen, ob der Pilz in beiden unabhängig von einander vorgedrungen oder ob die Wurzelscheide das Haar oder dieses jene inficirt hat. Dagegen beweisen gewisse Bilder, dass alle drei Fälle vorkommen. Man findet z. B. das obere Drittel des Haares erkrankt, dann eine tiefere Strecke ganz frei und tiefer unten wieder eine Pilzwucherung in dem Haare, während die innere Wurzelscheide in ganzer Länge erkrankt ist; hier ist die nächste Quelle der tieferen Pilzinvasion in der Wurzelscheide gelegen. Hinwieder findet man andere Haare mit discontinuirlich erkrankter innerer Wurzelscheide und ununterbrochen afficirtem Haarschaft, welche nur die entgegengesetzte Erklärung zulassen. Dass der Pilz aber auch unabhängig in beiden Theilen fortwuchert, geht daraus hervor, dass fast stets die Erkrankung in einem von beiden tiefer herabreicht. Auf der anderen Seite begegnet man nie Haaren, welche vollständig von einander isolirte Pilzherde in Schaft oder Scheide aufweisen und ich muss deshalb die Vermuthung, es könnten sich Pilze unbemerkt und ohne die Hornzellen zu verunstalten einen Weg in die Tiefe bahnen, als unbegründet zurückweisen. Die Cuticula, so nehme ich daher mit Kaposi im Gegensatz zum Botaniker Hoffmann an, setzt allerdings dem Weiterdringen des Pilzes einen etwas grösseren Widerstand entgegen als die Hornzellen der inneren Wurzelscheide und der Haarrinde, wird jedoch nachweislich noch häufig in der Tiefe des Haarbalgs durchbrochen, und regelmässig in der Höhe des Haarbalgtrichters, wo die Einwanderung des Pilzes aus der umliegenden Hornschicht durch die Cuticula in das Haar statthat. In einem anderen und

zwar wesentlichen Punkte kann ich jedoch mit Kaposi nicht übereinstimmen, wenn er nämlich sagt: „Es ist geradezu wahr„scheinlich, dass in den meisten Fällen die Pilzwucherung von hier „aus (sc. dem Bulbus des Haares), wo die Zellen succulent „und locker sind, in die Substanz des Haares eintritt, nachdem „sie zwischen den Zellen der Wurzelscheiden bis dahin nach ab„wärts gedrungen.“ Diese Worte beziehen sich zunächst auf die Abbildung eines ausgezogenen Haarschafts nebst Zwiebel und aufgequollener, innerer Wurzelscheide (Hebra und Kaposi, Theil II, pag. 609, Fig. 12), welche sämmtlich in ganzer Ausdehnung von Mycelien und Conidien des Achorion durchsetzt sind. Kaposi glaubt mit dieser einen Abbildung die Angaben von Gudden und Wedl als bedeutungslos von der Hand weisen zu können, dass sie in der Haarzwiebel nie Pilze gefunden hätten. Eine Schwalbe macht aber doch noch keinen Sommer und wenn ich unter 150 Haaren, die nicht aus beliebigen Stellen zufällig zusammengelesen, sondern auf einem Hautstückchen nebeneinander gewachsen sind, etwa 100 von Pilzfäden sowohl im Schafte wie in der inneren Wurzelscheide erfüllt finde, dagegen in keiner einzigen dazu gehörigen Haarzwiebel solche entdecken kann, so muss ich doch annehmen, dass Gudden und Wedl ganz recht gesehen haben. Ausserdem ist der Begriff: Haarzwiebel nur am Haar in situ ein fester und beschränkt sich auf die noch unverhornten, deutlich gekernten Zellen; nicht immer zieht man diese unverhornte Epithelkappe vollständig mit von der Papille ab, so dass bei den einzelnen ausgerissenen Haaren stets noch der Nachweis erübrigt, dass man die vollständige Zwiebel auch vor sich habe, ehe man behaupten kann, dass die Haarzwiebel vollständig vom Pilze durchsetzt sei — und das ist doch unumgänglich, wenn das Achorion seinen Weg durch dieselbe genommen haben soll. Immerhin glaube auch ich, dass in dem von Kaposi gezeichneten Haare eine selten weit gediehene Invasion von Favus vorliegt und halte im Uebrigen nur dieses Bild für ungenügend, um die Anschauung Kaposi's zu beweisen, wie ja überhaupt alle extremen Fälle den allergeringsten Aufschluss über den Weg geben können, auf dem sie entstanden sind. Es kommt aber weiter noch hinzu, dass diese Theorie des Umweges (nämlich von unten her durch die Wurzelscheiden in den Haarschaft) auch in einem zweiten Punkte im

Widerstreit liegt mit sämmtlichen Bildern, die ich vor mir habe. Ich finde nämlich ausser der Haarzwiebel noch die ganze äussere Wurzelscheide (ebenso wie an der Oberhaut die ganze Stachelschicht) vollständig frei von Pilzen.

Man spricht gern von „den Wurzelscheiden" als einem Individuum und so findet man auch recht unbestimmte Angaben über die Pilze der „Wurzelscheiden"; selbst Kaposi redet in der Erklärung zur Abbildung Fig. 12 (s. oben) von „Haarwurzelscheiden, beide reichlich mit Pilzen durchsetzt." Hierbei ist jedoch stets übersehen, dass man beim besten Willen nie so glücklich ist, die äussere Wurzelscheide mit der inneren zusammen auszuziehen (wir könnten sonst wohl leichter Haarbälge zur Verödung bringen). Was Kaposi abbildet, ist daher natürlich auch nur die aufgequollene innere Wurzelscheide. In seinem oben citirten Satze kann ich daher auch den Nachsatz nicht zugeben: „nachdem sie zwischen den Zellen der Wurzelscheiden bis dahin nach abwärts gedrungen." Damit fällt aber, so viel ich sehe, jeder Grund, der Theorie des Umweges zu huldigen und ich befürworte auf Grund meiner Präparate die entgegengesetzte Anschauung, dass nämlich bereits im Haarbalgtrichter der hier zwischen den Hornlamellen wuchernde Pilz einerseits durch die Cuticula in das Haar und in diesem weiter nach oben und unten, Rind und Mark [1]) zerstörend weiter dringe, andererseits direct in der anstossenden, inneren Wurzelscheide nach unten fortschreite, um auch von hier aus gelegentlich Einfälle in das eigentliche Haar zu machen.

Von der soeben behaupteten Immunität der äusseren Wurzelscheide habe ich keine eigentliche und nur hin und wieder scheinbare Ausnahmen gefunden. Es handelte sich um circumscripte Verdickungen der vom Pilze aufgetriebenen inneren Wurzelscheide, wodurch das Gebiet der äusseren stellenweise eingeengt und ausgebuchtet erschien. Bei stärkerer Vergrösserung erwies sich die äussere Wurzelscheide aber intact und nur comprimirt durch die fremde Einlagerung in die innere Scheide.

Dieses letztere Verhalten ist ja nun auch die Regel an der Oberhaut. Der Pilz wuchert hier wie bekannt, zwischen der oberflächlichen und basalen Hornschicht in den mittleren, lockeren

---

[1]) In den befallenen Haaren war nie mehr ein Markkanal erkennbar.

Lagen derselben; die Vertiefung, in welcher das Favus-Scutulum liegt, ist bekanntlich glatt, glänzend, von bereits verhornter Oberhaut gebildet. Meine Schnitte zeigen nun auch die Wirkungen des Druckes, der auf derselben lastet, einerseits durch eine allgemeine, frühe Abplattung aller Stachelzellen, andererseits durch die schwache Ausbildung, ja selbst den Mangel der Körnerschicht (s. Fig. 2), während die kernhaltige, basale Hornschicht verdickt ist. Die charakteristischen Veränderungen der Uebergangsschichten habe ich bereits wiederholt auf die zwei Factoren: erhöhte Zufuhr von Gewebslymphe und Druck von aussen zurückgeführt und hier, wie an so vielen Stellen, wo beide Factoren eventuell in Betracht kommen, ist die Entscheidung für einen von beiden schwierig.

Es zeigt sich also in dieser Hinsicht eine gute Uebereinstimmung zwischen Oberhaut und Ausfüllung der Haarbälge. Ueberall vermeidet der Pilz gerade die lockeren, succulenten Zellen und hält sich an das Verhornte, geht von verhornter Oberhaut zu verhornter innerer Wurzelscheide, von dieser zur Cuticula und weiter zum Haarschaft über, findet mithin zwischen den Hornsubstanzen der verschiedensten Herkunft kein Hinderniss, steht dagegen vor der lebendigen Stachelschicht der Oberfläche, vor der äusseren Wurzelscheide und dem Bulbus des Haares still wie vor einer Mauer.

Während ich die bisherigen Resultate, obgleich von so kleinem Materiale stammend, für fähig erachte, auf den Favus ganz im Allgemeinen Anwendung zu finden, da sie sich hundertfältig und ausnahmslos gleichmässig wiederholen, bin ich mit der Verallgemeinerung der übrigen, bemerkenswerthen Veränderungen in der Cutis für die Pathologie des Favus viel reservirter, da einerseits ihr Vorkommen ein relativ weit beschränkteres ist, andererseits pathologische Verhältnisse an dem Rücken der Kopfhaut Platz gegriffen haben können, die mir unbekannt sind und mit dem Favus nichts zu thun haben, obgleich jene sich ohne Zwang in die Pathologie desselben einreihen lassen würden.

Ich kann diese Erscheinungen theils als chronisch entzündliche, theils als Retentionserscheinungen zusammenfassen. Die ersteren beschränken sich auf das Gebiet des subpapillaren, oberen Gefässnetzes der Cutis (s. Fig. 2). Hier finden sich in meinen Präparaten die Gefässe erweitert und umgeben

von einer dichten Infiltration des ziemlich derben Bindegewebes mit grosskernigen kleinen Zellen. Dieselbe ist am dichtesten um die Haarbalgtrichter und Schweissdrüsen-Ausführungsgänge herum und erstreckt sich nirgends bis in den mittleren Abschnitt der Cutis hinein.

Die Retentionserscheinungen sind am prägnantesten ausgesprochen in zwei grossen hier vorhandenen Haarbalgcysten und vielen kleineren und grösseren (gegen 30) Cysten der Schweissdrüsen-Ausführungsgänge. In Fig. 2 sieht man ausser zwei ganzen Haaren eine solche Haarbalgcyste durchschnitten *(i)*, die cystisch veränderten Schweissdrüsen habe ich, Raumersparniss halber, aus anderen Schnitten herübergenommen und genau an Stelle der hier vorfindlichen normalen eingetragen *(e, f-g, h)*. Die Haarbalgcyste ist von der äusseren Wurzelscheide, welche hier wie im Haarbalgtrichter echte Hornschicht bildet, ausgekleidet und stellt einen Hohlraum dar, ganz erfüllt von vielfach umgebogenen, spiralig gedrehten und aufgerollten, sowohl gesunden wie favösen Haarabschnitten. Die Aehnlichkeit, welche hierdurch mit einem Comedo hervorgebracht wird, ist nur eine geringe, da hier jede Spur von Fettanhäufung fehlt. Der untere, schräg abgeschnittene Haarbalgtheil enthält ein gesundes Haarstück, welches wie ein Pfropf diese umgekehrt flaschenförmige Cyste abschliesst. Auf welche Weise die Verschliessung des Haarbalgtrichters in diesem Falle zu Stande gekommen, war auf keinem der durch die Cyste gelegten Schnitte ersichtlich. Aber das Bild eines anderen Haares möchte die Erläuterung hierzu geben. Auf einem meiner Schnitte befindet sich ein fast horizontal in der Cutis liegendes Haar, welches dicht unter der Oberfläche angelangt, unter scharfem Winkel vertical nach oben umbiegt und mit dieser scharfen Ecke die ihm entgegenstehende Balgwand durchbohrt hat und zwar unter dem Beistande einer äusserst dichten, von aussen den Balg umgebenden Zelleninfiltration, die wohl bereits einen kleinen Eiterherd darstellt. Die Retention und Rückstauung des Haares wird hier augenscheinlich durch die Einklemmung in eine darüberlagernde Favusborke hervorgebracht. Weiterhin könnte es in diesem Falle sehr wohl zu einer subepithelialen Vereiterung und Vernarbung des Haarbalgtrichters gekommen sein, wodurch die Bedingungen zur Haarbalgcyste gegeben wären.

Zahlreicher und mannigfaltiger sind die Cysten des Schweissdrüsenkanals. Dieselben finden sich nur am Ausführungsgange, aber auf dessen ganzer Länge vorzugsweise am Anfange noch innerhalb des lockeren Bindegewebes, welches den Knäuel umgibt und dann wieder nach Durchsetzung der festeren Cutisschichten im Bereich des oberen Gefässnetzes kurz vor der Einmündung in einen Haarbalg oder an die Oberfläche. Während die letzteren Auftreibungen fast stets rein kuglig sind *(e)*, zeigen die unteren Cysten meist die Form einer Birne, deren dickeres Ende nach unten sieht *(h)*; seltener finden sich einfache cylindrische Erweiterungen des ganzen Ausführungsganges oder einzelner Abschnitte desselben oder dütenförmige Erweiterungen des oberen oder unteren Endes *(f–g)*. Die Wandungen dieser Schweisscysten bestehen aus 3—4 Lagen glatter sehr gleichmässig verdünnter und verbreiteter Epithelien mit stäbchenförmig abgeplatteten Kernen und hellem, glänzendem Protoplasma. Die innerste Zellenlage lässt keinen besonderen cuticularen Saum erkennen (freilich standen mir keine Osmiumpräparate zu Gebote). Die dickeren Schnitte zeigten in diesen Cysten einen feinkörnigen, graugelblichen, von den Wandungen concentrisch zurückgezogenen, wie geronnenen Inhalt, welcher aus den feineren Schnitten gewöhnlich ausgefallen war. Diejenigen Cysten, welche im Bereich des oberen Gefässnetzes lagen, waren wie die Haarbalgcysten eingebettet in eine dichte Zelleninfiltration, weshalb auch hier die Möglichkeit vorliegt, den Verschluss des Schweissdrüsenkanals auf einen entzündlichen Ursprung zurückzuführen.

Im Gegensatze zu den eben betrachteten Veränderungen an den Knäueldrüsen vermisste ich an allen Haaren die Talgdrüsen entweder gänzlich, oder fand nur so kleine Rudimente derselben, dass ich hier den Gedanken einer wahren Atrophie um so weniger abzuweisen vermag, als bei sehr vielen Haaren in der Talgdrüsenregion eine solche Fülle von einfach epithelialen Buckeln und Wülsten vorhanden war, wie ich sie am Kopfhaar selten beobachtet habe. Die zwei Haare meiner Abbildung geben hiervon keine Andeutung.

Ausser diesen cystösen Degenerationen, welche unzweideutig den Charakter der Retention an sich tragen, sind noch einige weniger auffällige Veränderungen zu constatiren, welchen ich eine

analoge Bedeutung zuschreiben und eine kurze Erwähnung zu Theil werden lassen möchte. Vor allem nenne ich die Häufung vieler Haare in einem Balge. Das Vorkommen von 2 und 3 Haaren in einem Balge ist an der menschlichen Kopfhaut ein gewöhnliches Vorkommen. Die Haare haben dann gewöhnlich ein verschiedenes Kaliber und repräsentiren nach der Natur ihrer Verbindung mit dem Balgepithel die verschiedensten Altersstufen vom jungen Papillenhaar, dessen Spitze noch unter der Oberfläche verborgen ist bis zu dem, im mittleren Balgtheile direct in den dortigen Stachelzellen wurzelnden mark- und papillenlosen Haare (meinem: Beethaare). Hier dagegen finden sich öfters 4, 5 und 6 Haare in einem Balge von meist gleichem Kaliber und Alter, zum Theile frei, zum Theile befallen von Favus. Es sind also neben den favusfreien, jüngeren Haaren die älteren favösen im Balge zurückgehalten und dadurch auch daran verhindert worden, die gewöhnlichen Altersveränderungen unter Heraufrücken im Balge durchzumachen.

Die Summe aller betrachteten Erscheinungen lautet mithin: Chronisch entzündliche Zelleninfiltration im oberen Gefässgebiet der Cutis und Retentionserscheinungen an den Haarbälgen und Ausführungsgängen der Schweissdrüsen, welche in mannigfaltiger Cystenbildung gipfeln. Welche Erscheinungen in erster Linie aufgetreten und daher als bedingende anzusehen sind, darüber bietet mein Material keine Anhaltspunkte. Indem ich diese Befunde weiterer Nachforschung anheimgebe, möchte ich noch zum Schlusse darauf hinweisen, dass sie sich dem klinischen Bilde des Favus ganz gut anpassen lassen, obgleich man nicht gewohnt ist, irgend welche krankhafte Veränderungen an der Cutis während des Bestehens eines Favus besonders zu notiren. Einmal erinnere ich an die narbenähnlich atrophischen Stellen, welche ein Favus stets zurücklässt und welche sonst nicht ohne vorhergehende, entzündliche Infiltrationen der Lederhaut zu Stande kommen. Andererseits beruhen viele der klinischen Eigenthümlichkeiten des Favus auf seiner Eigenschaft, für die Hornschichten, in denen er lebt, ein Bindemittel abzugeben, ganz im Gegensatz zum Trichophyton tonsurans, welches die Hornmassen, die es durchsetzt, zersplittert und zu rascherer Abstossung bringt. Weder schuppt die Hornschicht durch das Eindringen von Achorion ab, noch splittern und

brechen die Haare wie beim Herpes tonsurans, sondern erstere backt mit den Pilzen zu den bekannten Schüsselchen zusammen und letztere werden mürbe und morsch, halten aber trotzdem zusammen. Diese Bindekraft des Achorion für die Hornsubstanzen muss aber schon allein bewirken, dass an den Poren der Haut leicht Retentionserscheinungen eintreten.

V. Therapeutisches.

Die vorstehenden klinischen und anatomischen Erörterungen geben mir schliesslich noch Anlass zu einigen therapeutischen Bemerkungen.

Für den, der die Zahl der in Gebrauch befindlichen und gewesenen Antiparasitica durchgeht, mag es den Anschein haben, als wenn wir zur Vernichtung der Pilze einen grossen Ueberfluss an Mitteln besässen. Die früheren balsamischen und ätherischen, die Schwefel-, Theer- und Quecksilbermittel sind mit dem Aufschwung der antiseptischen Chirurgie in den Hintergrund gedrängt worden durch die Antiseptica im engeren Sinne (Carbol-, Salicyl- und Borsäure). Während die letzteren heutzutage die allgemeinste Verwendung finden, ist das äusserst werthvolle Goapulver noch fast ganz in der Hand des Specialisten.

Für die raschere oder langsame, sichere und doch nicht störende und unangenehme Vernichtung von circumscripten Pilzansiedlungen ist damit allerdings den weitgehendsten Bedürfnissen der Privatpraxis Rechnung getragen. Anders steht es aber nach meiner Erfahrung mit den universellen Ausbrüchen von Pityriasis und Herpes tonsurans. In den Krankenhäusern wird man freilich ebenso rasch als sicher mit dem Schmierseifencyklus zum Ziele gelangen. Bis jetzt ist mir jedoch in der Privatpraxis Niemand begegnet, der Zeit und Lust gehabt hätte, sich wegen eines ausgedehnten Herpes tonsurans, geschweige wegen einer Pityriasis, einer solchen Cur zu unterwerfen.

Hier gilt es Mittel zu finden, welche ohne die Haut zu reizen und den Patienten sonst zu belästigen, wie die meisten fetthaltigen Salben, mit vollkommener Sicherheit bei fortgesetztem Gebrauche dem Weiterschreiten der Affection und den Rückfällen vorbeugen.

Unter den von mir in dieser Absicht verwendeten Mitteln hebe ich neben der vortrefflich verwendbaren Borsäure die heutzutage ziemlich in Vergessenheit gerathene Essigsäure nebst ihren Blei- und Thonerdesalzen hervor. Waschungen von mit Spiritus verdünntem Essig, Einreibungen mit purem Essig vor dem Bade haben sich mir sehr dienlich erwiesen. Für manche Zwecke angenehmer sind die genannten Salze. Die von Squire und Wathen empfohlene Salbe aus Liquor plumbi subacetici habe ich in folgendem Verhältniss:

Glycerini pp. 2
Ol. olivarum pp. 3
Liq. plumbi subacetici pp. 4
Adipis suilli pp. 11

nicht sowohl gegen Eczem im Allgemeinen, als gegen die mit starkem Jucken und leichtem, papulösen Eczem verbundenen Pilzeruptionen der Achselhöhle und anderer behaarter Contactflächen äusserst wirksam gefunden. Oft genügt eine abendliche Einreibung, um das Jucken aufzuheben. An unbehaarten Stellen lässt sich diese Salbe, deren schwache Seite ihre geringe Consistenz ist, sehr verbessern durch einen Zusatz von 10 — 30 Grm. Bolus alba zu 20 Grm. der Salbe. Man kann durch diesen Zusatz jede beliebige Consistenz herstellen. Gewisse Vorzüge hat es, das Fett vollständig fortzulassen und eine Salbe zu verschreiben aus:

Glycerin 10—15 Grm.
Bleiessig 10 Grm.
Bolus 30—40 Grm.

die [1]) sich besonders für den Tag empfiehlt, da sie die Wäsche nicht einfettet, mit reinem Wasser leicht abzuwaschen ist und nach dem Eintrocknen der Bolus sich in Pulverform wieder abreibt.

Die essigsaure Thonerde ist auf längere Dauer zu Umschlägen noch angenehmer als der Bleiessig, und da sie viel zersetzlicher ist und beständig kleine Mengen Essigsäure frei werden, auch wohl wirksamer, wo letztere in Betracht kommt. Man kann z. B. die Nacht über den Körper und die Extremitäten in Compressen einwickeln lassen, die mit verdünntem (1 : 3—6 aq.), bei

---

[1]) Diese Salbe hat sich mir beim Eczem und manchen anderen Hautaffectionen bewährt, worüber ich a. e. a. O. berichten werde.

Herpes tonsurans selbst mit unverdünntem Liquor aluminae aceticae getränkt sind und darunter selbst eczematöse, durch Kratzen bedingte Eruptionen verschwinden sehen. Am Tage kann man dann an den schlimmsten Stellen obige Salben anwenden oder ein Gemisch von Liquor alum. acet. und Kaliwasserglas (1 — 2 : 1) aufwischen lassen, welches man ex tempore bereitet, da beide Flüssigkeiten sich augenblicklich gegenseitig zersetzen. Auf die Haut gestrichen erzeugt es ein lang andauerndes Kältegefühl, während sich die kieselsaure Thonerde als feines, weisses Pulver niederschlägt.

Von der überraschenden Wirksamkeit des Goapulvers ausgehend, habe ich wie wohl manche Fachgenossen unsere einheimischen chrysophansäurehaltigen Präparate einer Prüfung unterworfen, wenn auch die Folgezeit gelehrt hat, dass der im Goapulver wirksame Stoff gar nicht die Chrysophansäure selbst ist. Ich zog die officinellen Rhabarberpräparate: Extract. Rhei und Tinctura rhei aquosa, ersteres in Salben (1 : 10), letzteres pur oder mit Glycerin (1 : 1) vermischt in Anwendung. Die Wirkung war für diese leichten Pilzaffectionen befriedigend, während sie bei Psoriasis und Sykosis weit hinter der des Goapulvers zurückblieben. Dafür fallen denn aber auch die bei diesen leichten Erkrankungen besonders unerwünschten Nebenwirkungen des letzteren fort. Nur nach längerem Gebrauche tritt eine leichte Gelbfärbung der Haut ein. Aber in diesen Formen war dem Bedürfnisse eines angenehmen und handlichen, wahrhaft prophylaktisch wirkenden Einflusses auf die gesammte Hautoberfläche noch kein Genüge geschehen und ich kam deshalb von ihnen wieder zurück zu Gunsten einer Rhabarberseife, welche diese Erfordernisse, glaube ich, wirklich befriedigt. Ich liess zuerst einen möglichst chrysophansäurehaltigen, spirituös - alkalischen Auszug aus der Rhabarberwurzel bereiten. Dieser wurde denn je nach seiner Alkalescenz mit einer grösseren oder geringeren Menge Ricinusöl verseift und diese concentrirte, chrysophanhaltige Seife sodann in eine gute neutrale Glycerinseife eingetragen. Die so hergestellte Seife sieht tief dunkelbraun aus und hinterlässt auf der Haut keinen anderen Effect, als dass vom erstmaligem Gebrauche an neue Pilzeruptionen und damit das Jucken aufhören. Die todten Pilzkörper werden freilich auch durch consequentes Waschen mit

dieser Seife nicht rascher entfernt als durch jede andere neutrale Seife; aber dieses ist auch nicht der Zweck derselben. Sie soll nur während der für die Cur unbenutzt verfliessenden Zeit und nach der eigentlichen Cur eine den Patienten gar nicht belästigende, prophylaktische Wirkung äussern. — In neuerer Zeit habe ich dieselbe so herstellen lassen, dass der alkalische Auszug, anstatt verseift zu werden, mit Essigsäure neutralisirt wird. Die resultirende Seife enthält dann nebenbei noch essigsaures Alkali, ist röther und heller gefärbt als die ohne Essigsäure dargestellte.

Erklärung von Figur 2.

a u. *b*. Zwei von Favus befallene Papillenhaare. Die oberen drei Viertel des Haarschafts und der inneren Wurzelscheide sind von Pilzfäden durchsetzt, die Haarzwiebel und äussere Wurzelscheide frei.

c u. *d*. Zwei normale, markhaltige Haare aus demselben Balge und von fast gleicher Altersstufe wie *a* u. *b*. Sie sind am Grunde des Haarbalgtrichters schräg abgeschnitten.

e, *f*, *g*, *h*. Cysten der Ausführungsgänge von drei verschiedenen Schweissdrüsen. Die im Bereich des oberen Gefässnetzes liegenden sind von dichter Zelleninfiltration umgeben (*e* u. *f*).

i. Haarbalgcyste, von dicht infiltrirtem Bindegewebe umgeben.

k. Grosse Vene.

Fig. 1.

Fig. 2.

i f d c g e h b a k

z. Unna: Beiträge zur Mykologie der Haut. Lith. v. Dr. J. Heitzmann.

Ueber flüchtige, gutartige Plaques der Zungenschleimhaut.

Vortrag, gehalten am 2. Februar 1880 in dem Vereine für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i/Pr.

von

Prof. J. Caspary.

(Hierzu Tafel III.)

Meine Herren! Erlauben Sie mir einige Mittheilungen über Erkrankungen der Zungenschleimhaut, die meines Wissens bisher nicht genügend beachtet oder doch nicht genügend beschrieben sind. Ich kenne seit einer Reihe von Jahren umschriebene Veränderungen des Zungenbelags bei Kindern, die dem Träger und seiner Umgebung unbekannt blieben, bis ein Zufall — meist gelegentliche ärztliche Untersuchung — sie kennen lehrt. Die äussere Aehnlichkeit mit den Plaques muqueuses war mir immer ebenso auffällig, wie ihre gänzliche Unabhängigkeit von Syphilis zweifellos. Da ich — vielleicht zufällig — diese Bilder öfter zu Gesicht bekam und annahm, dass es anderen Collegen ebenso ergehe, so unterliess ich jede mündliche oder publicistische Mittheilung. Nun habe ich im letzten Jahre mich überzeugt, dass sehr erfahrene Collegen sich über den Werth oder Unwerth dieser Bildungen täuschen. Bei der Untersuchung der einschlägigen Literatur habe ich zu meinem Erstaunen fast nirgends Erwähnung dieser Zustände gefunden, die so leicht zu falscher Diagnose führen können. In den letzten Jahren sind werthvolle und allseitig beachtete Arbeiten deutscher Autoren [1]) erschienen über die von den Franzosen und

---

[1]) Nedopil, über die Psoriasis der Zunge und Mundschleimhaut etc.

Engländern sogenannte Psoriasis, Ichthyosis, Keratosis, Tylosis linguae — seitdem sehr glücklich von Schwimmer Leukoplakie benannt. In den besonders bei Schwimmer sehr ausführlichen historischen Notizen, bei Besprechung der Differentialdiagnose finden sich nirgend [1]) die flüchtigen gutartigen Plaques erwähnt, über die ich berichten will. Ferner habe ich in den letzten Jahren als Begleiterscheinung und in zweifellosem Causalnexus mit acuten Schüben chronischer Verdauungsstörungen mehrfach ganz ähnliche, aber sehr schmerzhafte Veränderungen des Zugenbelags gesehen. Da ich auch hierüber in der Literatur wenig gefunden habe, so erlaube ich mir heute über das Gesehene zu berichten.

Auf der Tafel (Fig. I), die ich zunächst umhergehen zu lassen bitte, finden Sie eine (durch Herrn Braune ausgeführte) Abbildung der Plaques der oberen wie der unteren Zungenfläche. Sie sehen theils Inseln des Zungenrückens, theils gyrusartige Abschnitte des Randes wie der unteren Fläche von scharf nach beiden Seiten sich abhebendem gelben Rande umgeben. Die eingeschlossenen Partien sind dicht an dem gelben Rande wie körnig anzusehen, durch stärkeres Hervortreten der Papillarspitzen, und intensiver roth; im Centrum an manchen Stellen von dem Aussehen der übrigen Schleimhaut. Ich habe zuzufügen, dass der matt- oder lehmgelbe Rand sich sehr wenig über das Niveau der Umgebung erhob, die umrandeten Partien im Niveau der übrigen Schleimhaut lagen. Dass ferner dieses ganze, sehr markirte Bild ein sehr wechselndes war. Nachdem ich die Zeichnung in Händen hatte, liess ich mir alle Tage den Knaben, von dessen Zunge sie entnommen war, kommen und konnte constatiren, dass das Aussehen fast jeden Tag ein anderes war. Wie in einem Kaleidoskop schoben sich die Gyri und Kreise in- und durcheinander, und da immer der gelbe Saum das Auffälligste blieb, konnte man leicht zu der Vorstellung kommen, dass eine causa vivens diesen schnellen Wanderungen und Wandlungen zu Grunde lag. Die Färbung der auffallendsten Abnormität, der Umrandungen war immer gelb,

---

Langenbeck's Archiv Bd. XX. p. 324. — Schwimmer, die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle etc. Dieses Archiv Jahrgang IV, p. 511 und V, p. 53.

[1]) Eine Hindeutung von Schwimmer soll später erwähnt werden.

einmal schwefelgelb, dann mehr lehmfarben, selten mit einem Stich ins Graue. Eine irgend palpaple Infiltration war nie vorhanden. Ich konnte mich überzeugen, dass Stellen, die gestern noch verändert aussahen, heute normal erschienen; dass die Schleimhaut der Zunge ausserhalb der Plaques meist normal aussah, die eingeschlossenen Stellen fast jedesmal körnig und intensiver roth, als die übrige Schleimhaut. — Wie Sie schon aus der Zeichnung entnehmen werden, war ein Einfluss der Zähne nicht anzunehmen. Schmerz oder irgend welche Functionsbehinderung der Zunge war nicht vorhanden. Dagegen ist der blasse, magere heute sechs Jahre alte Knabe weder sehr gesund, noch stammt er von gesunder Familie. Seine Zunge scheint von früh auf dasselbe Aussehen gezeigt zu haben, wie heute, und man hat von jeher wegen mangelnder Beschwerden kein Gewicht darauf gelegt. Im Alter von drei Monaten hatte der Knabe einen Ausschlag, seitdem nichts davon. (Ein Bruch des rechten Vorderarmes — durch Fall aufs Eis — wurde mit Gypsverbänden behandelt und verlief normal.) Vielfach haben sich Gastro-Intestinalkatarrhe, mit der Dauer von acht Tagen bis drei Wochen eingestellt. Seitdem ich den Knaben kenne — das letzte Jahr hindurch — ist er wohl geblieben, doch isst er nach Angabe der Mutter immer wenig. Eine Anzahl vor ihm geborener Geschwister kamen alle todt zur Welt, ebenso eines nach ihm, später noch zwei lebende Kinder. Während das älteste von diesen gesund erscheint, hatte das jüngste jetzt ein Jahr alte Mädchen seit dem Alter von drei Wochen Ausschlag im Gesicht, der rein örtlich ohne Erfolg behandelt worden war. Als ich sie im Alter von fünf Monaten sah, hatte sie breite Condylome um Mund und Nasenflügel, an der Stirn-Haargrenze; Verdickungen und Trübungen aller Fingernägel, indolente Schwellung beider Cubital-Drüsen. Ueber die Herkunft der Syphilis war nichts zu erfahren, ein locus infectionis bei dem Kinde nicht zu finden, und nach der Anamnese wohl auch nicht zu suchen.

In einem anderen Falle, der zwei kleine Geschwister betraf, war auch Syphilis in der Familie nachweisbar. Der Vater war inficirt gewesen und mercuriell behandelt, und hatte, nachdem er Jahre lang frei geblieben — und er ist es bis heute — vor drei Jahren geheirathet. Bei völliger Gesundheit der Frau hatten sich nun bei beiden seither geborenen Kindern — heute zwei und ein Jahr

alt — vielfach gerade solche Plaques gebildet. Das frappante Bild hatte bei der constatirten früheren Syphilis des Vaters, trotz Fehlen aller sonstigen Zeichen der Lues zu mehrfachen mercuriellen Curen der Kinder geführt. Freilich waren die Plaques mehrfach dabei geschwunden, aber als ich consultirt war, konnte ich leicht die Unabhängigkeit dieses Verschwindens von jeglicher Behandlung, das spontane Kommen und Gehen nachweisen. Anders als in dem ersten Falle war bei diesen beiden gesunden, speciell nie magenleidenden Kindern oft Wochen hindurch keine Abnormität des Zungenaussehens vorhanden. Ich habe einmal die Plaques recht in statu nascente beobachten können. Die durch mich um tägliche Inspection gebetene Mutter hatte am 29. Juli v. J. die Zunge des jüngeren Mädchens noch ganz frei gesehen. Am nächsten Tage bemerkte sie nahe der Zungenspitze einen insularen Fleck von der Grösse eines Grauerbsendurchschnitts, von stark „lehmigem" Rande umgeben. Am 31. Juli zu eigener Beobachtung hinzugerufen, fand ich die Plaque bohnengross, oval, den Rand mattgelb (nach Aussage der Mutter heller geworden), aber deutlich markirt; die eingeschlossenen Partien nur wenig durch Röthung und körniges Aussehen von der sonstigen Schleimhaut differirend, schmerzlos, bei vollkommen gutem Befinden des Kindes. Am 1. August fand ich über Nacht entstanden eine zweite Plaque, randständig, die gestrige viel grösser. Am 2. war der ganze Rand der Zunge, so weit sie bei dem widerwilligen Kinde sichtbar wurde, mit Gyris umgeben. Nach etwa drei Tagen war die Zunge von normalem Aussehen, das Kind war immer vollkommen wohl geblieben. Ich lege Ihnen eine von dem älteren Knaben genommene Abbildung vor, auf der Sie nur eine Plaque finden, die wallnussgross gerade die Zungenspitze einnimmt; das Aussehen der von dem hellgelben Rande eingeschlossenen Schleimhautpartie unterscheidet sich nur wenig von der gesunden — nur dass die jenem Rande zunächstgelegenen Theile etwas röther und körniger sind.

In einem dritten Falle handelte es sich wieder um zwei Geschwister, einen jetzt siebzehnjährigen jungen Mann, und ein Mädchen von acht Jahren. Auf der Abbildung sehen Sie die Zunge des ersteren, des ausgeprägteren Falles. Ich glaube, es war der erste, bei dem mir — vor vielen Jahren — die seltsame Zeich-

nung der Zungenschleimhaut auffiel. Sie sehen von dieser hier nicht mehr viel. Aber Sie finden in anderer Beziehung Auffallendes genug; eine scheinbar zu grosse Zunge, in der die meisten Zähne tiefe Einkerbungen gemacht haben. Ferner tiefe Furchen auf dem Dorsum, deren Grund so roth, so epithellos aussieht, dass nur die stete völlige Schmerzlosigkeit, die von mir constatirte anfängliche Unbewusstheit des Trägers von dem Aussehen seiner Zunge zu der Annahme zwingen, es sei der Papillarkörper nicht blossgelegt. Ich füge hinzu, dass am Rande der Furchen sich vielfach die Papillen zottig verlängert finden. (C. O. Weber [in Pitha-Billroth's Handbuch der allgem. u. spec. Chirurgie Bd. III Abth. I A. S. 319] spricht von angeborenen zottigen, unregelmässig rissigen Zungen, die man zuweilen ohne Spur einer weiteren Erkrankung finde. Genauere, aber für den von uns beobachteten Fall nicht zutreffende Angaben macht A. Vogel [im Handbuche der spec. Path. u. Ther. von Ziemssen, Bd. VII. 1. Hälfte S. 25]: Bei einzelnen Menschen sei die Zunge mit diesen Furchen versehen, welche gewöhnlich die Längs-, selten die schräge oder quere Richtung verfolgen. Bei hervorgestreckter Zunge lasse sich diese gerunzelte Schleimhaut entfalten und ebnen, und man sehe im Grunde der Falten auffallend lange und dicke, aber etwas weiter von einander gerückte Zotten. Mit irgend einer örtlichen oder allgemeinen Erkrankung stehe diese Veränderung nicht in Beziehung. Manchmal schien es, als wäre die Zunge für den inneren Raum des Unterkiefers einfach zu breit, als wäre ein Missverhältniss zwischen dem Wachsthum der Zunge und dem des Kiefers eingetreten. Meistens aber sei sie eine Theilerscheinung der allgemeinen Abmagerung. Hiefür spreche auch, dass man sie im jugendlichen Alter niemals sehe, und nach einer von dem Autor öfter gemachten Beobachtung die gerunzelte Zunge bei eintretender Fettleibigkeit gänzlich verschwinde.) In meinem Falle, den ich seit vielen Jahren kenne, waren früher gerade solche flüchtige, gelbumrandete Plaques fast stets, so oft ich nachsah, vorhanden, wie in dem ersten Falle. Allmälig wurden sie weniger markirt; statt ganzer Plaques fanden sich nur gelbe Streifen, aber dergleichen fehlen bis heute nie, sind in ganz verschiedener Form, Länge, an ganz verschiedenen Stellen sichtbar; immer neben gerötheten, körnigen Partien. Auch auf der Abbil-

dung werden Sie solche Streifen sehen. Von Syphilis ist nach der mir völlig glaubwürdigen Anamnese und nach meinen vieljährigen Beobachtungen an den zahlreichen Mitgliedern der Familie nie eine Spur gewesen. Die beiden Kinder mit der in Rede stehenden Zungenzeichnung haben nie an Magenbeschwerden gelitten.

Ein anderer Fall ist mir an einem neunzehn Jahre alten Mädchen in den letzten Wochen zu Gesicht gekommen. Das kräftige gesunde Mädchen weiss seit sieben Jahren, seit überstandener Variola, von dem abnormen Aussehen ihrer Zunge. Sie legt dem gar kein Gewicht bei, da sie sich ganz gesund fühlt, keine Magen- noch sonstigen Beschwerden hat; nur machen ihr sehr gesalzene und sehr saure Speisen etwas schmerzhafte Empfindungen. Das Aussehen der Zunge — (die vorliegende Abbildung Fig. II) ist an einem Tage gemacht, als weniger denn gewöhnlich zu sehen war — ist ganz ähnlich dem von Fall 1. Dieselben, theils insulären, theils randständigen, Kreise oder Kreisabschnitte darstellenden gelben Epithelerhebungen, von denen körnige, geröthete Abschnitte der Schleimhaut eingeschlossen sind. Dieselbe Wandelbarkeit der Figuren, dieselbe schnelle restitutio in integrum.

Ich beschränke mich auf die Mittheilung der obigen Fälle, die alle bis heute in meiner Beobachtung sind, und unterlasse es, einige andere, die mir aus den Augen gekommen sind, anzuführen. Die obigen Angaben und die Zeichnungen werden zum Beweise genügen, dass hier andere Zustände zu Grunde liegen und andere Bilder entstehen, als das landkartenförmige Aussehen, das man oft in der Reconvalescenz von Katarrhen der Mundhöhle und des Magens beobachtet.

Ich habe von vorneherein angeführt, dass ich den von mir lange gekannten und als durchaus gutartig erkannten Plaques keine Bedeutung beilegte, bis ich in mehrfachen Irrthümern anderer Collegen die Aufforderung sah, meine Beobachtungen mitzutheilen. Zunächst galt es natürlich, in der Literatur nachzusehen, ob genügende Beschreibungen vorlagen, auf die ich nur aufmerksam zu machen hätte. Hier habe ich einmal eine Stelle von Schwimmer [1]) zu citiren, der öfter hyperämische Flecke als Vorläufer der Leukoplakie gesehen hat: Diese rothen, dem exsudativen Erythem der

[1]) l. c. Jahrg. V. p. 55.

allgemeinen Decke analogen Veränderungen bilden zumeist das erste Stadium der Erkrankung. Das Epithel ist an diesen Stellen verschiedenartig verändert, mitunter durch eine gleichmässige Hyperämie ausgezeichnet und dann erscheinen die Flecke glatt, oft ist jedoch eine ungleichmässige Schwellung in den erkrankten Zungenpapillen vorhanden, und die Flecke bilden eine unebene Fläche, aus denen die kolbigen Papillen gleich kleinen hervorragenden Punkten aus ihrer Unterlage sich erheben. Diese umschriebenen rothen Flecke sind zumeist ganz schmerzlos und veranlassen, so lange das Epithel intact ist, keinerlei Beschwerde bei den verschiedenen Thätigkeiten der Organe der Mundhöhle; mitunter findet man auch solche erythematöse Veränderungen an der Zungenoberfläche, die keine Neigung zu weiteren Umwandlungen zeigen und viele Jahre hindurch sich ganz unverändert erhalten. Derartige persistente Fleckbildungen kommen wohl als idiopathische Erkrankungen, seltener als syphilitische Veränderungen vor. (Folgt die Beschreibung von mehreren isolirten, je bohnengrossen, stationären Plaques, die nach Glossitis zurückgeblieben waren, die tiefdunkelroth gefärbt waren, von der normalen angrenzenden Schleimhaut scharf abgegrenzt, himbeerähnlich durch Epithelverdickung der stecknadelkopfgross emporragenden Papillen.) — Ausserdem habe ich noch einzige kurze Notiz, dem Sinne nach identisch, in zwei Publicationen desselben Autors gefunden. A. Vogel (l. c. S. 26) sagt Folgendes: Endlich bildet bei manchen Menschen zeitlebens oder wenigstens Jahre hindurch der Zungenbelag einzelne, umschriebene, weissliche Inseln, Kreise und andere gewundene Linien, die sogenannte Pityriasis linguae, welche lediglich durch eine stärkere Auflage von Epithel bedingt ist. Wenn auch für manche Fälle eine scharfe cariöse Zahnkante als örtlicher Reiz nachgewiesen werden kann, so ist doch für die meisten weder eine örtliche noch eine allgemeine Ursache aufzufinden. (Ganz ähnlich lautet die Auslassung desselben Autors in seinem Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Erlangen 1860 S. 101.) Nach diesen Notizen konnte ich einmal meine Mittheilung nicht für überflüssig halten; ferner darf ich annehmen, dass mancher der Herren Collegen von dieser Pityriasis linguae anderswo gelesen hat, und vielleicht mich gütigst aufmerksam macht, wo ich nachlesen kann. Ich habe sonst weder in den Büchern über Syphilis, auch nicht in Monographien

über luetische Erkrankungen der Zunge (s. Fournier, des Glossites tertiaires. Paris 1877), noch in den mir zugänglichen Schriften über Kinderheilkunde, oder in weiteren Lehrbüchern der Pathologie auch nur Hinweise gefunden auf die Bilder, wie ich sie so oft gesehen habe.

Was nun die Pathologie des Krankheitszustandes — denn als solchen, und nicht als blossen Anomalie muss ich die flüchtigen, gutartigen Plaques auffassen — anlangt, so habe ich zunächst darauf hinzuweisen, dass sich die Plaques meist aus zwei Theilen zusammensetzen: aus dem fast immer körnigen, gerötheten Grunde und dem gelben Rande. Der letztere ist soviel auffallender, erscheint soviel abnormer, dass man zunächst zu der Ansicht kommen kann, in ihm liege das Charakteristische der Veränderung. Ich bin überzeugt, dass dem nicht so ist. Freilich ist dieser lehm- bis schwefelgelbe Rand beim erneuten Anblick immer wieder überraschend, und seine Differenz von der Farbe der übrigen Zungenschleimhaut gewöhnlich leicht genug zu constatiren. Dass die Färbung manchmal weniger intensiv ist und der normalen sich nähert, würde noch nicht genügend dagegen sprechen, dass in den circulären und gyrösen Umrandungen das Wesentliche des Krankheitsprocesses sich abspiele. Es würde mich auch der negative mikroskopische Befund noch nicht überzeugen. Ich habe vielfach den gelben Rand abgeschabt, einige Male auch Stückchen davon bis auf das Corium excidirt, aber selbst bei 1200facher Vergrösserung nie Anderes gefunden, als bei der Untersuchung des normalen Zungenbelags: Epithelien, Pilzmassen, Papillenkuppen. Aber ich glaube mich überzeugt zu haben, dass der durch seine Färbung auffallende Rand nur eine begleitende Erscheinung, nicht die wesentliche ist. Ich habe — besonders in dem letztbeschriebenen Falle des 19jährigen Mädchens — oft genug ganz umschriebene, durch ihre Röthung sich abhebende Papillarerhebungen gesehen, die durch gar keinen markirten Epithelwall umschlossen waren. Dagegen habe ich kaum jemals den gelben Rand anders gesehen, als neben sich roth abhebenden und (soweit sie nicht unterhalb des Zungenrandes lagen) körnigen Stellen. Woher die aparte Gelbfärbung stammt, ist mir unbekannt.

Dass der Process nicht eine Abhebung des ganzen Epithelstratums herbeiführt, das lehrt die Schmerzlosigkeit und die

schnelle Restitution. Ich möchte glauben, dass Hyperämisirung und Papillarschwellung, vielleicht auch (nach dem Anblick zu urtheilen) Losstossung der oberflächlichen Zellenlagen an umschriebenen Stellen den — immer wieder sich erneuernden — Anfang machen zu jeder Kreis- und Gyrusbildung. Einmal (in Fall 2) schien es mir, als könnten gerade umschriebene Epithelanhäufungen das Primäre sein, dem centrale Losstossung und periphere Ausbreitung der Plaques ähnlich wie bei Psoriasis, Herpes tonsurans u. s. f. folgten. Aber ich habe Aehnliches nicht mehr zu Gesichte bekommen. Worin nun das Wesen des Processes liegt, welche Theile die erkrankten sind, ob die Papillen, das Epithel selbst, darüber enthalte ich mich jeder Vermuthung.

Ich komme zur Aetiologie. Ich glaube bestimmt behaupten zu können, dass die von mir beschriebenen Plaques mit Syphilis nichts zu thun haben. Dass in einzelnen Fällen Syphilis in der Familie nachweisbar war, beweist nichts dagegen. Selbst gleichzeitige Syphilis würde voraussichtlich nicht — wenigstens nicht auf die Dauer — irreführen. Das — nicht immer erfüllbare — Postulat, dass man das einzelne Symptom in seiner Wesenheit erkenne und damit seine Abhängigkeit oder Unabhängigkeit von sonst vorhandenem Krankheitszeichen, dürfte sich, gerade wie bei Psoriasis, bei Eczemen Syphilitischer auch für die gutartigen flüchtigen Plaques der Zungenschleimhaut erfüllen lassen. Durch nichts gestützt wäre ferner die Vermuthung, dass etwa ein Vorstadium oder eine Prädisponirung für die in vielen Fällen ätiologisch unklare Leukoplakie vorläge. Aber ich möchte auf die Möglichkeit einer Ursache hinweisen, die auch für einige Fälle der Leukoplakie von Schwimmer zur Erklärung herangezogen ist. Ich habe angeführt, dass in dem ersten der von mir beschriebenen Fälle häufige Magenverstimmungen vorkamen, die dann aufhörten, während das Zungenleiden fortdauerte. Nun habe ich in den letzten Jahren an zwei Frauen, deren eine an chronischem Magenkatarrh, die andere an Darmgeschwüren litt, vielfach zur Zeit der Verschlimmerungen ganz ähnliche Bildungen gesehen, wie in all den obigen Fällen. Ich möchte den erstgenannten Krankheitszustand, den ich sehr genau habe verfolgen können, etwas ausführlicher mittheilen. Bei der sonst gesunden Dame war nach hastigem Genuss einer schwer verdaulichen Speise ein acuter Magenkatarrh

entstanden, der schnell beseitigt war, aber die Disposition zu Recidiven zurückliess. Sehr bald waren die bekannten Beschwerden des Magenkatarrhs, Pyrosis, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit u. s. w. der Patientin weniger lästig, als die jedesmal als erstes Zeichen des Recidives auftretende Schmerzhaftigkeit der Zungenspitze und der Zungenränder. Der Befund an diesen Stellen entsprach vollständig dem der von mir beschriebenen Falle: dieselben gerötheten, mit hervortretenden Papillen besetzten Plaques, umgeben von intensiv gelbem Rande, dieselbe periphere Ausbreitung; die Lage theils am Rande, noch übergreifend auf den vorderen Theil der unteren Zungenfläche, theils oberhalb des Randes. Die Form kreis- oder bogenförmig. Dieselbe Wandelbarkeit, dieselbe schnelle restitutio in integrum. Sehr verschieden war nur die grosse Schmerzhaftigkeit während des Bestehens bei jeder Berührung, also vor Allem beim Essen. Nachdem die Kranke im letzten Sommer eine Cur in Carlsbad gebraucht hat, ist das Magenleiden geschwunden, aber das Zungenleiden — nunmehr ohne nachweisbare Veranlassung — das alte geblieben. Nur selten wird die Zunge ganz normal und damit schmerzfrei; fast immer sind einige Plaques, die ganz wie früher aussehen, vorhanden. Ob in meinen anderen Fällen auch ein Zusammenhang mit Magenleiden, vielleicht so wenig intensiver Art, dass die Betroffenen durch keinerlei Beschwerden aufmerksam gemacht werden, besteht, wage ich nicht zu behaupten. Schmerzen haben sie alle nicht von dem Zungenleiden gehabt, nur die letztbeschriebene Kranke hatte von sehr sauren und versalzenen Speisen unangenehme Empfindungen. Ich darf hier wohl erwähnen, dass ich über ein Zungenleiden, wie es die magenkranke Dame aufwies, in der Literatur ausserordentlich wenig gefunden habe. Einmal eine kurze Notiz von C. O. Weber (l. c. S. 326). Zuweilen kommen auch wie im Darm an der Zunge katarrhalische Geschwüre bei acuter und chronischer katarrhalischer Mundentzündung vor, welche durch ihre flache unregelmässige Form sich auszeichnen und meistens leicht heilen. Auch kleinen, ganz runden, wie ausgemeisselten Geschwüren der Art begegnet man, besonders an den Rändern und unter der Zunge in der Nähe des Frenulum; sie scheinen aus einer Exulceration kleiner Schleimcysten hervorzugehen, haben einen gelben Grund und sind ausserordentlich empfindlich, heilen aber schon nach

wenigen Tagen ohne weitere Behandlung. — Ferner die Angaben unseres Herrn Collegen Möller (Deutsche Klinik 1851. Nr. 26) und der von ihm citirten Autoren. Die von demselben gemachten Angaben sind von einigen späteren Schriftstellern [1]) wohl benützt, von keinem meines Wissens erweitert worden; meist sogar nicht erwähnt. Herr Möller beschreibt nach Beobachtung an 6 Frauen mittleren Alters „chronische Excoriationen“ in Gestalt von unregelmässigen, meist scharf umschriebenen hochrothen Flecken, auf denen sichtlich das Epithelium abgestossen oder wenigstens sehr verdünnt ist und die Papillen hyperämisch und angeschwollen erscheinen, daher etwas über das Niveau der benachbarten gesunden hervorragen. Niemals zeigt sich auf ihnen ein krankhaftes Secret, niemals entwickelt sich tiefere Verschwärung daraus, selbst zur Ausbreitung nach der Fläche zeigen sie nur geringe Neigung, bestehen dagegen in der einmal erlangten Grösse und Form sehr hartnäckig fort. Sie zeigen sich vorzüglich auf den Rändern und der Spitze der Zunge; öfters sind gleichzeitig ähnliche Flecken auf der unteren Fläche der Zunge und an der inneren der Lippen vorhanden. Diese Excoriationen verursachen ein sehr lästiges Brennen, welches den daran Leidenden bei übrigens guter Esslust den Genuss aller Speisen, selbst der mildesten verleidet. Fünf von den Kranken litten erweislich an Bandwurm.

In meinen beiden Fällen war Bandwurm nicht vorhanden; in dem Falle von Darmgeschwür hatte eine energische Cur mit Extractum Filicis keinen Erfolg, wohl aber Carlsbad. Die Flecke waren in Form und Grösse sehr variabel, der gelbe Rand meist sehr markirt, und bei der Inspection das zunächst Auffallende.

Die Diagnose durfte gewöhnlich leicht sein. Eine Verwechslung der traumatisch besonders durch Zahnkanten hervorgerufenen Zungenleiden mit diesen umschriebenen, umrandeten Plaques ist nicht wahrscheinlich und bei der Beobachtung von deren Wandelbarkeit unmöglich. Die syphilitischen Plaques, von gummösen Knoten ganz abgesehen, haben doch immer einige Infiltration zur Grundlage, ausser vielleicht bei ihrem Schwinden; sie bieten ein gleichmässig opalines Aussehen, nicht diese Differenz von Rand

[1]) C. O. Weber l. c. p. 319. — Henoch in Canstatt's spec. Pathologie und Therapie. 3. Auflage 1856. Bd. III. p. 215. — Schwimmer l. c. Jahrg. IV. p. 529.

und Grund, und sind gewiss nie so wechselnd in Form und Grösse. Die Leukoplakie (von Schwimmer meist Psoriasis linguae benannt) ist in ihrer entwickelten Form gewiss nicht zu verwechseln. Schon ihre gleichmässige glänzende Weisse genügt zur Unterscheidung, die Constanz der Erkrankung an den einmal betroffenen Stellen, die Begrenzung des Leidens durch die Ränder, d. h. jener Stellen der Zunge, wo sich noch Papillen vorfinden. Auch die dunkelrothen Flecke im erythematösen Vorstadium der Leukoplakie sind nicht wandelbar und scheinen nur wenige Monate bis zum Eintritt der weisslichen Verfärbung ihre Farbe zu behalten (Schwimmer l. c. S. 56.)

Endlich den Namen. Ich weiss keinen vernünftigen vorzuschlagen, einmal weil ich die Genesis nicht genügend kenne; und dann, weil ich keine kurze Bezeichnung weiss, die ähnlich wie Leukoplakie das differente Aussehen beschriebe. Immer wieder sich bildende, gutartige, flüchtige Plaques der Zungenschleimhaut, zumal an der Spitze und den Rändern, in Folge umschriebenen, oberflächlichen Katarrhs auftretend — das ist eine ganze Beschreibung und kein Krankheitsname. Die Bezeichnung: Pityriasis linguae kann ich nicht empfehlen. Einmal ist es immer misslich, den Namen von Hautkrankheiten für die Schleimhautleiden zu adoptiren, ausser etwa bei gleichzeitigem Vorkommen, wie bei Variola. Schon der anatomische Bau von Haut und Schleimhaut bedingt Verschiedenheit in der Form, die trotz aller Systeme heute noch zur Namensgebung selten entbehrlich ist. Den eigentlichen Process, der zu dieser oder jener Efflorescenz Veranlassung gibt, kennen wir heute meist so wenig, wie die Differenzen des mikroskopischen Baues. Vor Allem ist aber bei Pityriasis — mag man sie nun für identisch mit Seborrhoea sicca halten oder nicht — der Process weder circumscript — noch flüchtig.

Von einer Therapie weiss ich leider nichts zu sagen; was ich versucht habe, hat nicht genützt. Ich hoffe Ihnen nächstens eine Mittheilung über einen Fall von chronischer Aphthenbildung in der Mundhöhle machen zu können, und behalte mir vor, Ihnen dann von den vielen vergeblichen Versuchen zu berichten, die ich hier wie dort mit allen möglichen äusseren und inneren Mitteln gemacht habe.

1ª

1ᵇ

2.

Caspary [illegible] der Zunge

Lith. v. Dr. J. Heitzmann [illegible] Wien.

Ueber die Coïncidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes.[1]

Von Dr. **Adolf Jarisch,**
Assistenten an der Klinik für Dermatologie in Wien.

(Aus dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien.)

(Hierzu die Taf. IV, V, VI u. VII.)

Die Arbeiten Hebra's auf dem Gebiete der Dermatologie wirkten zur Zeit der Vierzigerjahre geradezu erlösend aus den diese Disciplin damals beherrschenden Vorurtheilen und Irrthümern.

Indem Hebra die pathologische Anatomie zur Grundlage seines Systemes der Hautkrankheiten gemacht hat, schuf er eine feste Basis, auf der bald eine neue Lehre erblühen konnte.

Aber trotz des bedeutenden Aufschwunges, welchen die Dermatologie alsbald genommen, drängte sich angesichts der Fortschritte der Medicin und des Besonderen der Nervenpathologie die Meinung auf, dass die Auffassung der Dermatonosen vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkte unzureichend sei.

Wir haben zwar durch Hebra die Hautkrankheiten als Individuen kennen und ordnen gelernt, ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus sind aber trotz der zahlreichen und fleissigen Arbeiten von Hebra's Schülern auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie nicht aufgedeckt worden.

Viele der gewöhnlichsten Affectionen der Haut sind uns daher sowohl in ihrem Wesen, wie in ihren ursächlichen Verhältnissen unverständlich geblieben, trotzdem die klinische Beobachtung eine Fülle von Thatsachen zu Tage gefördert hat, welche geeignet erscheinen, ein solches Verständniss anzubahnen.

---

[1]) LXXXI. Band der Sitzgsber. der k. Akad. d. Wissensch. III. Abth. Mai-Heft, Jahrg. 1880.

Ja selbst für die Erklärung der so augenfälligen und von Hebra so eindringlich betonten Eigenthümlichkeit der bestimmten Localisation bestimmter Hautkrankheiten und der bestimmten Vertheilung der einzelnen Efflorescenzen wurde kein einheitlicher Gesichtspunkt gewonnen.

Andererseits mussten die Fortschritte der Nervenpathologie gerade mit Rücksicht auf diese Eigenthümlichkeit neuerdings den Gedanken wachrufen, dass viele Erkrankungen der Haut vielleicht nur Symptome innerer Processe oder Projectionen krankhafter Vorgänge im Centralnervensysteme darstellten.

Diese Vermuthung war eine um so berechtigtere, als ja durch eine Reihe deutscher, wie französischer Forscher (Bärensprung, Eulenburg, Chvostek, Balmer, Mougeot, Charcot u. A.) der Zusammenhang von Erkrankungen der Haut mit krankhaften Vorgängen im Nervensysteme ausser Zweifel gestellt wurde.

Von dieser Betrachtung ausgehend, nahm ich die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes einer Kranken vor, welche auf der Klinik für Hautkranke unter der Diagnose Herpes Iris geführt wurde und nach dem Auftreten von Decubitus acutus über dem Kreuzbeine und von Lungenentzündung gestorben war.

Die Krankengeschichte derselben wurde in folgender Weise notirt:

Kraus Katharina, 61 Jahre alt, verheirathet, gibt bei ihrer am 27. October 1879 erfolgten Aufnahme an, dass sie in ihrer Jugend stets gesund war. Im Jahre 1863 erlitt sie einen Abortus in Folge einer nicht zu eruirenden Ursache.

Mit dem Jahre 1874 sollen im Gesichte und an den Armen zerstreut „Blasen" aufgetreten sein, welche wieder spontan schwanden; die Kranke datirt jedoch seit jener Zeit eine gewisse Kränklichkeit, welche sich auch öfters in der Bildung rother Flecke an der Haut der Arme und des Gesichtes äusserte.

Im Jahre 1877 trat eine Lungenentzündung ein, welche sich angeblich mit Halsschmerzen und Diarrhöe combinirte; dieselbe endete jedoch nach mehreren Wochen mit ziemlich vollständiger Genesung.

Seit mehreren Monaten leidet die Kranke an Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und einem juckenden Ausschlage an beiden Handrücken und den Ellbogen. Vor acht Tagen traten Fieberbewegungen ein, die Patientin wurde bettlägerig und das Hautleiden an den Händen ver-

schlimmerte sich; da sich überdies in acuter Weise auch an anderen Körperstellen ein Ausschlag entwickelte, begab sich die Patientin in das Krankenhaus.

Status praesens:

Die mässig genährte Kranke zeigt die Haut der oberen Körperhälfte in einer Ausdehnung, wie sie in Fig. 1 und Fig. 2 ersichtlich ist, in intensiver Weise erkrankt.

Die Affection begrenzt sich in scharfer Weise am Rücken in der Höhe des zehnten Brustwirbels.

Die gesunde Haut erstreckt sich daselbst in der Medianlinie in Form eines Dreieckes, dessen Spitze dem Dornfortsatze des zehnten Brustwirbels entsprechend gelagert ist, dessen bogenförmig geschwungene Seitenlinien dem Rippenbogen entlang verlaufen und in der Ebene des Nabels nach vorne ziehen, in die erkrankte Partie hinein.

Die Haut des Gesichtes und behaarten Kopfes erscheint geröthet, mächtig geschwellt, meistentheils mit Krusten oder mit, in Gruppen oder isolirt stehenden, blasigen Proruptionen, deren Basis dunkel blauroth erscheint, besetzt.

An der durchwegs entzündlich gerötheten Haut beider Vorder- und Oberarme finden sich theils eine grosse Zahl zumeist gruppirt stehender, hanfkorngrosser Knötchen oder Bläschen, theils haselnussgrosse Blasen oder Epidermidalelevationen in der Ausdehnung von über Thalergrösse der entzündeten Haut lose aufliegend.

An der vorderen wie hinteren Fläche des Thorax ist die Oberhaut stellenweise in der Ausdehnung bis über Flachhandgrösse vollends abgängig, oder liegt an anderen Stellen als loses Häutchen ihrer Unterlage auf; überdies finden sich im ganzen Bereiche der Erkrankung dicht gesäete, oberflächlich gelagerte, von einem lebhaft rothen Entzündungshofe umgebene, hirsekorngrosse Pustelchen. Die Haut der unteren Fläche beider Brustdrüsen, sowie der benachbarten Partien des Thorax ist in der Ausdehnung einer Flachhand vollends intact. Am Bauche sind Gruppen dunkelblaurother, etwas schuppender Knötchen vorhanden; eben solche, jedoch vereinzelt stehend, finden sich über dem linken Knie.

Die Epidermis beider Fusssohlen ist in deren ganzem Umfange in Form einer Blase durch ein hämorrhagisches Exsudat abgehoben.

Die Schleimhaut der Zunge ist getrocknet, die übrige Mundschleimhaut geschwellt, geröthet, stellenweise excoriirt. Am weichen

Gaumen erscheinen scharf begrenzte, excoriirte, gelblichrothe Flecken. Die Kranke fiebert heftig und zeigt eine Temperatur von 40·0° C.; sie ist sehr schwach und hinfällig. Die Untersuchung der inneren Organe constatirte, ausser einer ziemlich beträchtlichen Milzschwellung keine abnormen Verhältnisse.

Der Urin enthielt geringe Mengen Eiweiss, war aber von anderen abnormen Bestandtheilen frei; die Urate waren beträchtlich vermehrt.

Motilität und Sensibilität wiesen keine auffälligen Veränderungen auf; doch muss erwähnt werden, dass der bisher üblichen Untersuchungsmethode der Hautkrankheiten gemäss, eine eingehende Prüfung derselben nicht vorgenommen wurde; keinesfalls lagen aber irgend welche, der Kranken bewusst gewordene, schwere Störungen vor.

Ueber die Reflexerregbarkeit von der Haut oder den Sehnen aus, wurden ebenfalls keine Aufzeichnungen gemacht.

Wenngleich das geschilderte Krankheitsbild keiner der uns geläufigen Hautkrankheiten ganz entsprach, so hatte es doch in vielen Beziehungen grosse Aehnlichkeit mit der als Herpes Iris bezeichneten Krankheitsform und unter dieser Diagnose wurde auch die Kranke geführt.

Während der ersten Tage des Spitalaufenthaltes der Patientin bildeten sich die Krankheitserscheinungen an der Haut, unter atypischen Temperaturschwankungen von 38·5 bis 40·2° C. theilweise zurück. Am 31. October waren die ursprünglich entzündeten Partien zum guten Theile abgeblasst, die früher mit Bläschen besetzten Stellen wiesen Krusten auf. An den Händen und Vorderarmen haben die ursprünglichen Knötchen eine livide, rothbraune Färbung angenommen und präsentiren sich nun als ziemlich derbe, nur höchst selten mit einem Bläschen besetzte Prominenzen. Im weiteren Verlaufe hatte sich das Allgemeinbefinden der Kranken insoferne gebessert, als in den Morgenstunden normale Temperaturen vorhanden waren, in den Abendstunden aber nur die Höhe von 38·5° C. erreicht wurde.

Am 5. November zeigte sich die Haut der Brust und des Rückens entsprechend der früheren Erkrankung bräunlich pigmentirt und dadurch von der gesunden Haut scharf abgegrenzt und gross lamellös abschuppend. Nur an beiden Brustdrüsen hafteten noch unregelmässig begrenzte Krusten, in deren Peripherie auf lebhaft rothem Grunde neue Bläschen auftauchten. In derselben Weise fanden sich an den Vorder- und Oberarmen, an den ursprünglichen, nunmehr

mit Krusten besetzten Krankheitsherden, neue Bläscheneruptionen, während an beiden Schultern und den oberen Dritttheilen der Oberarme die Krusten sich abzulösen begannen und eine junge, zarte Epidermis zum Vorschein kam.

Am Rücken ist die Haut, mit Ausnahme eines handbreiten nässenden Streifens auf jeder Seite, welcher parallel zur Wirbelsäule nach abwärts zieht und von dem der anderen Seite durch einen bei 4 Ctm. breiten, median gelagerten Streifen, etwas pigmentirter und leicht schülfernder Haut getrennt ist, mit Ausnahme einer geringen Hyperämisirung und Schuppung zum Normale zurückgekehrt.

An beiden Fusssohlen tauchen, nachdem die durch das Exsudat abgehobenen Oberhautlamellen abgetragen wurden, allenthalben Inseln von neu gebildeter Epidermis, auf rother, nässender Basis auf.

Am 6. November kam es zur Bildung eines rasch um sich greifenden Decubitus über dem Kreuzbeine, dem sich am nächsten Tage ein eben solcher an der Aussenseite beider Fersen zugesellte; die Kranke wurde demzufolge in das Hebra'sche Wasserbett gebracht.

Am 7. November trat heftige Athemnoth und der Auswurf rostbrauner Sputa ein; die physikalische Untersuchung der Lunge ergab rechts vorne oben tympanitischen Schall, rückwärts rechts oben Dämpfung und bronchiales Athmen. Temperaturmessungen konnten nicht vorgenommen werden, da die Kranke im continuirlichen Bade belassen wurde. Während die Affection der Lunge stationär blieb, bildete sich am 11. November an der inneren Fläche des linken Unterschenkels ein über faustgrosser Abscess, welcher geöffnet wurde und gelblich grünen, dicken Eiter enthielt.

Nach achttägigem Verweilen der Kranken im continuirlichen Bade löste sich der bei flachhandgrosse und mehrere Centimeter dicke Brandschorf über dem Kreuzbeine und der bei thalergrosse an beiden Fersen.

Am 17. November war die Haut im Bereiche der vorausgegangenen Erkrankung mit Ausnahme nur vereinzelter, kreuzergrosser Stellen am Rücken, den Brustwarzen und den Handrücken, welche noch nicht überhäutet waren, normal geworden; die vorausgegangene Affection verrieth sich nur durch eine gelblichbraune Tingirung der bezeichneten Körperregion, doch nahm die Kranke in ihrem Ernährungszustande rasch ab. Die Infiltration der Lunge kam nicht zur

Lösung, es wurden vielmehr ab und zu rostbraune und blutig gestriemte Sputa ausgeworfen.

In den letzten Tagen des November traten unstillbares Erbrechen galliger Massen und wiederholt Schüttelfröste ein; unter Zunahme der Collapserscheinungen erfolgte am 1. December 1879 der Tod.

Die durch Herrn Dr. Chiari vorgenommene Obduction ergab folgenden Sectionsbefund:

Körper mittelgross, schlecht genährt. Weiche Schädeldecken blass, Schädeldach kurz, oval, compact. Im Sichelblutleiter wenig geronnenes Blut, die inneren Meningen etwas ödematös. Das Gehirn blass, ödematös, zähe, die Windungen verschmälert. Die Ventrikel leicht erweitert, in ihnen vermehrtes, klares Serum; die Arterien an der Basis des Gehirns zartwandig.

In der Luftröhre wenig Schleim, die Schilddrüse mässig vergrössert, colloidhaltig. Beide Lungen im hinteren Umfange angewachsen, ihr Parenchym stark gedunsen, groblückig, ödematös, in beiden Oberlappen und im Mittellappen der rechten Lunge zerstreut einzelne bis wallnussgrosse, roth hepatisirte Partien.

Im Herzbeutel bei 40 Grm. klaren Serums, das Herz vergrössert, auf Rechnung des in seinen Wandungen hypertrophirten rechten Ventrikels. Klappenapparat normal.

Die Leber von gewöhnlicher Grösse, der untere Rand des rechten Lappens zungenförmig bis nahe an den Darmbeinkamm herabreichend; die Leber sonst auf dem Durchschnitte blassgelbbraun, in ihrer Blase hellgelbe Galle.

Die Milz 17 Ctm. lang, 8 Ctm. breit, 4 Ctm. dick, braunroth, mässig weich. Beide Nieren kleiner, dichter, ihre Corticales verschmälert, auf der Oberfläche fein granulirt, an einzelnen Stellen mit bis linsengrossen grubigen Absumptionen versehen. Die Kapsel hie und da fester adhärent. Magen und Darm mässig ausgedehnt, in der Blase wenig klaren Harnes.

Sectionsresultat: Morbus Brightii 3. Stadium, Lobularpneumonie.

Untersuchung des Rückenmarkes.

A. Makroskopischer Befund.

Im frischen Zustande konnte ich mit freiem Auge weder auf der Oberfläche, noch auf dem Querschnitte des Rückenmarkes

etwas Abnormes wahrnehmen. Daran dürfte aber Mangel an Uebung Schuld gewesen sein, denn die genauere Inspection des in $^1/_{10}$ percentiger Chromsäurelösung und Alkohol gehärteten Rückenmarkes liess wesentliche Veränderungen der grauen Achse erkennen. Die centralen und hinteren Partien beider Vorderhörner erschienen stellenweise theils gelockert, theils ausgefallen.

Dem entsprechend wiesen auch die aus diesen Regionen angefertigten dünnen Scheiben symmetrisch gelagerte Lücken auf.

Wirkliche Lücken waren aber nur an einzelnen Scheibchen zu sehen. An anderen wurde man den Lücken entsprechender Herde gewahr, welche sich ohne jede weitere Präparation, durch ihr lockeres Gefüge verriethen. Sehr deutlich traten sie jedoch an Präparaten, welche in Carmin gefärbt waren in Erscheinung, indem sie sich durch intensiv rothe Tingirung von der übrigen grauen Substanz abhoben.

Das in Fig. 3 abgebildete Präparat (19ᵉ meiner Sammlung) zeigt zwei solcher Herde, den rechten noch wohl erhalten, den linken ziemlich symmetrisch gelagerten doch viel weiter nach vorne reichenden, schon stellenweise ausgefallen. Die Commissur weist eine tiefe Einbuchtung gegen das rechte Vorderhorn auf, welche sich in den vorderen Theil des Letzteren fortsetzt und deren Ränder ebenfalls an dem in Carmin gefärbten Präparate ein intensives Roth aufweisen.

Figur 4 repräsentirt die Abbildung eines Präparates (28ᵃ meiner Sammlung) aus der untersten Grenze des Krankheitsherdes.

Makroskopisch erscheinen in demselben die centralen seitlichen Partien der beiden Vorderhörner nicht verändert, doch weist die Commissur einen bis zum Centralkanal reichenden Herd auf, welcher nach den Seiten hin derart ausgedehnt ist, dass er die ganze Breite der Commissur einnimmt. In dem vordersten Abschnitte desselben Herdes (Fig. 4, b) tritt besonders deutlich ein birnförmiger Antheil hervor, welcher mit seiner Basis der Commissur zugekehrt ist, und mit seiner Spitze in den Sulcus anterior hineinsieht.

Die seitlichen symmetrischen Herde (Fig. 3) erstreckten sich vom dritten bis siebenten Halsnerven, dann vom zweiten bis fünften Brustnerven. Der in Figur 4 abgebildete Herd hatte seinen Sitz in der Höhe des achten Brustnerven; zu Folge der geringen Aus-

dehnung desselben, gelang es mir jedoch nicht, seinen Höhendurchmesser zu bestimmen.

Die genauere makroskopische Untersuchung hat demnach schon Krankeitsherde erkennen lassen, welche sich über einen bestimmten Theil der grauen Achse erstreckten und zwar in einer Längenausdehnung, welche in auffälliger Weise mit der Localisation der Haut correspondirte.

Die Erkrankung erstreckte sich zwar, wie der mikroskopische Befund lehrte, nicht continuirlich und gleichartig vom dritten Hals- bis achten Brustwirbel herab, es zeigte sich vielmehr, dass einzelne, intensiver erkrankte Localitäten durch Brücken leichter erkrankten Gewebes verbunden waren. Immerhin darf ich aber sagen, die Erkrankung des Rückenmarkes dehnte sich vom dritten Hals- bis achten Brustwirbel aus, während die Hauterkrankung vom Scheitel bis zur Nabelregion reichte.

B. Mikroskopischer Befund.

1. Veränderungen an den Ganglienzellen.

Die Mehrzahl der Ganglienzellen in den Vorderhörnern, vom dritten Hals- bis zum achten Brustwirbel herab, schienen ihrem Aussehen nach von der Norm abzuweichen. Allerdings waren aber die Veränderungen innerhalb der makroskopisch wahrnehmbaren Herde intensiver als ausserhalb derselben.

Ausserhalb der makroskopisch sichtbaren Krankheitsherde, zeichneten sich die Zellen nur durch eine grobkörnige Beschaffenheit aus.

Bei den in den centralen seitlichen und hinteren Partien der grauen Substanz gelagerten Nervenzellen hingegen bleibt es nicht bei der grobkörnigeren Beschaffenheit des Zellleibes allein; man trifft auf Zellen, deren Ausläufer mächtig verdickt und ebenfalls grobkörnig geworden sind (Fig. 9); dann wieder auf solche, deren Ausläufer abgebrochen zu sein scheinen. (Fig. 10.) Ueberdies findet man alle Uebergänge von den Zellen mit grobgranulirten Zellleibern und Ausläufern mit mehr oder weniger deutlichem Kerne (Fig. 7 bei a) bis zu lose zusammenhängenden Körnchenhaufen, deren äussere Configuration ihre Herkunft eben noch vermuthen lässt.

Die Ausläufer der Ganglienzellen sind ebenfalls vielfach verändert. So erscheinen im ganzen Bereiche der erkrankten Partien zahlreiche breite Bänder, welche durch Carmin intensiver gefärbt sind, als die Fäden des, der normalen grauen Substanz eigenthümlichen Netzes, homogen aussehen und meist glattrandig sind, stellenweise aber durch quere Linien in einzelne Abschnitte zertheilt erscheinen. (Fig. 8 bei a und b.)

Wenngleich ihre Bedeutung als veränderte Ganglienzellenfortsätze nicht immer und selbst in der Mehrzahl der Fälle nicht zu bestimmen war, so konnten sie doch häufig bis zu krankhaft veränderten Ganglienzellen verfolgt werden.

2. Veränderungen der grauen Substanz selbst.

Von oben nach unten fortschreitend, trifft man schon im obersten Halsmarke ein eigenthümliches Aussehen der grauen Substanz an. Es findet sich ein dichter Filz feinster, stark lichtbrechender Fasern, welche in den beiden Vorderhörnern wirr durcheinander laufen; in der grauen Commissur, besonders der hinteren, treten sie jedoch zu mehr oder weniger parallelen Reihen so dicht aneinander, dass hierdurch das Aussehen eines fibrösen Gewebes zu Stande kommt. Die in diese Fasermassen eingelagerten Zellen weisen büschelförmig abgehende Ausläufer auf, welche in die Zusammensetzung der Fasermassen eingehen; Verhältnisse, wie sie häufig in gewissen jugendlichen Bindegewebsformationen angetroffen werden und wiederholt beschrieben worden sind. Fig. 11 zeigt die dichte Aneinanderlagerung der Fasern in der hinteren Commissur besonders deutlich. Es liegt hier ein Zustand vor, welcher als Sklerosirung des Gewebes bezeichnet zu werden pflegt.

Mit den in der Höhe des dritten Halsnerven entstehenden weiteren Veränderungen werden auch die genannten Fasern spärlicher und weichen bald dem succulenter und groblückiger gewordenen Netze der grauen Substanz, um stellenweise wieder in Erscheinung zu treten.

An den durch das Erhaltensein der gröberen Textur der grauen Substanz deutlich kenntlichen jüngsten Stadien der Erkrankung treten neben den erweiterten und mit Blut dicht erfüllten Gefässen und neben den beschriebenen Fasern prächtig verzweigte Zellen in Erscheinung, welche sich durch ihren Protoplasmareich-

thum und die grosse Zahl ihrer Ausläufer auszeichnen (Fig. 5) und je einen oder zwei Kerne in sich tragen. (Fig. 6.)

Die weiteren Veränderungen des der grauen Substanz eigenthümlichen Netzes stellen sich nun wie folgt dar.

Das Netz wird allmälig groblückiger, die Balken desselben werden dicker, compacter. An hochgradig erkrankten Stellen fehlt das eigentliche Netz der grauen Substanz; das Gesichtsfeld ist von Strängen durchzogen, welche zum Theile zu grossen kernhaltigen Zellen (vielleicht veränderte Ganglienzellen) ziehen. (Fig. 8.) Wir stossen ferner auf Plaques, deren Ursprung nicht mehr zu eruiren ist, Plaques von grösseren, (myelintropfenähnlichen) Gebilden erfüllt. (Fig. 7.) Es liegt ein gemeinhin als Fettkörnchenzellen beschriebenes Bild vor uns. An anderen Stellen treffen wir auf ein Netz, dessen einzelne Balken aus einer grossen Zahl verschieden grosser und unregelmässig geformter Stücke gebildet sind. (Fig. 8 und 12.) An manchen Punkten werden feinste Fädchen sichtbar, welche sich aus einzelnen, sporenähnlichen Körperchen zusammensetzen und so gewissen Pilzformationen täuschend ähnlich sehen (Fig. 12 bei a und Fig 7 bei b); und endlich zeigen die Stellen, welche schon makroskopisch als Herde kenntlich waren, das Vorhandensein dicht gedrängt stehender, rundlicher, homogen aussehender, intensiv gefärbter Formelemente, theils von der Grösse farbloser Blutkörperchen und darüber, theils von weit geringerem Umfange in allen Uebergangsformen.

Der in der Höhe des achten Brustnerven schon makroskopisch sichtbare Herd in der Commissur setzt sich mikroskopisch aus mehreren kleineren Einzelherden zusammen, welche dieselben Formelemente aufweisen, wie die eben beschriebenen lateralen Herde und in ihrem Centrum fast durchgängig ein Gefäss erkennen lassen. Der erwähnte birnförmige Antheil dieses Herdes ist aus einer äusserst feinkörnigen, doch durch das Carmin intensiv roth gefärbten Masse zusammengesetzt.

Die diesem Herde nächst anliegenden Theile der weissen Substanz zeigen eine Vermehrung des sogenannten Stützgewebes. Sonst konnte ich an keiner Stelle der weissen Substanz irgend welche auffällige Veränderungen wahrnehmen.

Wollen wir uns nun, auf Grundlage der angetroffenen Veränderungen über die Natur des krankhaften Processes Rechenschaft geben, so wird es uns in Berücksichtigung der Untersuchungen Stricker's und seiner Schüler über die graue Substanz des Centralnervensystemes [1]) nicht schwer fallen, denselben als entzündlichen zu deuten.

Diese Studien haben ergeben, dass das feine Netz der grauen Substanz von Ausläufern sämmtlicher zelligen Gebilde constituirt wird, sie haben ergeben, dass sich an der Bildung derselben sowohl die sogenannten Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen, als die bisher für Bindegewebskörperchen gehaltenen Zellen und die ganze Zahl jener Gebilde betheiligen, deren physiologische Dignität bisher nicht gedeutet werden konnte, die aber durch die genannten Studien als Uebergangsformen zu Ganglienzellen erkannt wurden.

Die Untersuchung der entzündlichen Vorgänge der grauen Substanz hat ferner ergeben, dass die Ausläufer sämmtlicher Zellen anschwellen, dass das Netz hierdurch groblückiger und von dickeren Balken gebildet erscheint, dass die Ganglienzellen ebenso wie die anderen zelligen Gebilde auf den embryonalen Zustand zurückkehren und Proliferationsvorgänge aufweisen.

In unserem Falle liegen nun solche Bilder zu Tage, welche mit aller Bestimmtheit auf Proliferation zu beziehen sind. Wir haben in den jüngsten Stadien der Erkrankung die protoplasmareichen Zellen mit zwei Kernen angetroffen (Fig. 6); wir sahen den Leib der Ganglienzellen körnig werden; wir sahen ein Netz von so dicken, glattrandigen Balken, wie sie in dem normalen Gewebe niemals angetroffen werden, von Balken, die stellenweise aus einzelnen, unregelmässig geformten Stücken zusammengesetzt waren (Fig. 8 und 12). Angesichts dieser Bilder wird es kaum angezweifelt werden können, dass in dem mitgetheilten Falle ähnliche Vorgänge statthatten, wie sie von Stricker und seinen Schülern bei der Entzündung der grauen Substanz geschildert wurden.

Bezüglich der Bedeutung der sklerosirten Partien ist es

[1]) Stricker, Vorlesungen über allgem. und experiment. Pathologie, III. Abth., II. Lief.

mir jedoch nicht gelungen, eine bestimmte Anschauung zu gewinnen.

Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Sklerose mit dem gefundenen entzündlichen Vorgange im Zusammenhange stehe, denn erstens lassen die geschilderten Erscheinungen auf einen acuteren Vorgang schliessen, als er gemeinhin bei den sogenannten Sklerosirungen des Rückenmarkes zu beobachten ist, und zweitens erscheinen die Ganglienzellen an den Stellen der ausgeprägteren Sklerose, wie vom dritten Halsnerven nach aufwärts und vom achten Brustnerven nach abwärts, wenngleich von Pigment erfüllt, doch wohl erhalten.

Aus demselben Grunde möchte ich die Deutung der Sklerose als Ausgang eines längst abgelaufenen Entzündungsprocesses nicht favorisiren; wahrscheinlicher dünkt es mir, dass sie in einer Altersmetamorphose begründet sei. Der Entscheidung dieser Frage müsste ein vergleichendes Studium der Textur des Rückenmarkes in den verschiedenen Altersperioden vorausgehen; eine solche liegt aber bis heute noch nicht vor.

Indessen möchte ich das Wesen meines Fundes von der Deutung des pathologisch-anatomischen Vorganges trennen.

Welcher Meinung man sich über die Natur des Processes hingeben mag, die vorgenommene Untersuchung hat mit Bestimmtheit eine Erkrankung der grauen Achse des Rückenmarkes und somit die Coïncidenz mit der Hautkrankheit erwiesen.

Die angetroffenen Veränderungen liessen ihre grössten Intensitäten in den centralen, lateralen und hinteren Partien der Vorderhörner erkennen. Es haben sich vornehmlich jene Stellen der grauen Achse des Rückenmarkes erkrankt gezeigt, in welche Charcot[1]), theils gestützt auf pathologisch-anatomische Befunde, theils speculativ die sogenannten trophischen Centren für die Haut verlegt.

In den bisher bekannt gewordenen Coïncidenzen von Erkrankungen der Haut mit Läsionen des Rückenmarkes waren stets Erscheinungen von Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen vorhanden und diese mussten der Erkenntniss der Beziehung der

[1]) Charcot, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystemes, deutsch von Fetzer, I, pag. 116.

Rückenmarksaffection zur Erkrankung der Haut hinderlich im Wege stehen; denn es liess sich nicht entscheiden, ob die gefundene Erkrankung des Rückenmarkes als Ursache der Hauterkrankung anzusehen sei. Die Erkrankung des Rückenmarkes konnte die Motilitätsstörungen bewirken, während die Hauterkrankung aus anderen Ursachen selbstständig aufgetreten sein konnte. Der von mir mitgetheilte Fall zeichnet sich jedoch durch das Fehlen aller, wenigstens auffälligen, sogenannten Rückenmarkserscheinungen aus.

Ich begnüge mich vorläufig, hierauf hingewiesen zu haben, und unterlasse es, aus demselben weitgehende Consequenzen zu ziehen.

Um aber dennoch die mögliche Tragweite desselben zu beleuchten, schliesse ich eine weitere vorläufige Mittheilung an.

Angeregt durch die beschriebenen Funde, dehnte ich meine Studien auf das Rückenmark Syphilitischer aus.

Der ganze Verlauf der Syphilis, die anfänglich universelle Erkrankung der oberflächlichsten Hautschichten, die späteren regionären Affectionen der Haut und der tiefer liegenden Organe, die Gruppirung und symmetrische Vertheilung der Efflorescenzen, ferner die bisher noch vollends unzureichend erklärte Periode der Latenz, sie mussten in Berücksichtigung der vorstehenden Untersuchung den Gedanken wachrufen, dass vielleicht einer der Angriffspunkte des syphilitischen Agens im Rückenmarke gelegen sei und dass einzelne Manifestationen desselben nichts weiter als Projectionen krankhafter Vorgänge in die Peripherie darstellten. Ich habe bisher drei Fälle von hereditärer und einen Fall von acquirirter Syphilis untersucht, bei welchen keine der sogenannten klinischen Rückenmarkserscheinungen vorlagen. In dem Falle von acquirirter Syphilis muss ich die graue Achse des Rückenmarkes auf das bestimmteste für auffällig verändert und krank erklären. Aber auch alle drei Fälle von hereditärer Syphilis wiesen circumscripte Herde in den centralen Theilen der Vorderhörner oder in der Commissur auf, welche durch Carmin intensiv gefärbt wurden, und scheinbar durch umschriebene Anschwellungen des Netzes zu Stande kamen. Die Ganglienzellen zeigten in zweien dieser Fälle ihr Protoplasma grob granulirt und in einem erschienen sie wie geschrumpft und von zahlreichen Vacuolen durchsetzt.

Dürften wir unsere Kenntnisse vom Baue des Rückenmarkes Erwachsener einfach auf das kindliche Rückenmark übertragen, ich müsste die graue Achse in den drei genannten Fällen ebenfalls für krank erklären; da aber gewisse Erscheinungen jugendlichen Bildungen eigen sein können, so bedarf es noch eines eingehenden vergleichenden Studiums, um die Bedeutung derselben sicherzustellen.

Ich erwähne noch, dass ich das Rückenmark eines Mannes, der während des grössten Theiles seines Lebens an Psoriasis vulgaris gelitten hat und keinerlei der sogenannten Rückenmarkserscheinungen darbot, untersucht habe. Auch hier zeigte sich die graue Axe des Markes herdweise theils sklerosirt, theils entzündlich verändert. Und endlich hat die Untersuchung des Rückenmarkes, welches von einer Kranken herstammte, die an Lupus erythematosus acutus, dem sich eine Lungenentzündung zugesellte, starb, an denselben Stellen der grauen Axe, wie sie der mitgetheilte Fall von Herpes Iris zeigte, schon makroskopisch sichtbare, symmetrisch in den centralen lateralen Theilen der Vorderhörner gelagerte Herde nachgewiesen.

Es erübrigt mir nun noch, dem Assistenten Herrn Dr. A. Spina für die weitgehende Unterstützung bei der Erkenntniss der Natur des vorliegenden Krankheitsprocesses meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen.

(Taf. IV—VII.)

Fig. 1 und 2 zeigen die Ausdehnung der Hauterkrankung; bei *a*) finden sich ihrer Epidermis entblösste nässende Stellen; *b*) weist die normal gebliebene Haut der unteren Fläche der Brustdrüse auf; *c*) Decubitus über dem Kreuzbeine; *d*) Decubitus an den Fersen.

Fig. 3. Querschnitt des Rückenmarkes in der Höhe des dritten Brustnerven unter Lupenvergrösserung.

Fig. 4. Querschnitt des Rückenmarkes in der Höhe des achten Brustnerven unter Lupenvergrösserung.

Fig. 5. Verzweigte, protoplasmareiche Zellen in einem sklerotisch veränderten Gewebe, aus der Peripherie eines Herdes in der Höhe des vierten Brustnerven.

Fig. 6. Protoplasmareiche verästigte Zelle aus der Höhe des fünften Brustnerven mit zwei Kernen.

Fig. 7. Aus einem Herde in der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Verästigte (Ganglien?) Zelle mit granulirten Ausläufern. *b*) Pilzfädenähnliche Gebilde. *c*) Verzweigte Zelle zum Theile mit homogen erscheinenden Kugeln erfüllt.

Fig. 8. Balkenwerk aus der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Zelle mit in Zertheilung begriffenen Ausläufern. *b*) Veränderter Achsencylinder.

Fig. 9. Ganglienzelle aus dem lateralen Theile des rechten Vorderhornes, in der Höhe des fünften Halsnerven mit granulirtem Zellleibe und Ausläufern.

Fig. 10. Granulirte Ganglienzelle mit abgebrochenen Fortsätzen aus dem centralen Theile des rechten Vorderhornes in der Höhe des fünften Halsnerven.

Fig. 11. Sklerose der hinteren grauen Commissur aus der Höhe des ersten Brustnerven.

Fig. 12. Getheiltes Netz aus einem Herde in der Höhe des vierten Brustnerven. *a*) Pilzfädenähnliche Gebilde. *b*) Knotenpunkt (Ganglienzelle?) des Netzes von myelintropfenähnlichen Bildungen erfüllt.

(Fig. 5—12 Seyberth Oc. 2. Immers. VIII.)

Fig. 1.

a

b

a

A. Jarisch [illegible] der [illegible] Erkrankungen der Haut, etc. Gez. u. [illegible] Wien

Fig. 2.

a
a
a
a
c
d

A. Jarisch Über die Coincidenz von Erkrankungen der Haut, etc.

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien.

Fig. 3.

Fig. 4.

b

Fig. 7.

a

b

c

Fig. 6.

Fig. 9.

Fig. 5.

Fig. 10.

Fig. 8.

b

a

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien.

Fig. 11

Fig. 12.

A. Jarisch: Über die Coincidenz von Erkrankungen der Haut ...

Gez. v. Verf. lith. v. Dr. J. Heitzmann ... Wien

Ueber die exspectative Heilmethode der Syphilis.

Von

Dr. J. Krówczyński,

k. k. Sanitätsrath in Lemberg.

Mit jedem Tage wird die Zahl der Anhänger der exspectativen Heilmethode grösser. Wie bekannt, besteht sie darin, dass man, ohne allgemeine Mittel anzuwenden, die syphilitischen Symptome ausschliesslich local behandelt und ausserdem auf den Verlauf der Krankheit durch entsprechende Hygiene vortheilhaft einzuwirken trachtet. Unpassend wird zur exspectativen Heilmethode das Bestreben gerechnet, die Krankheitssymptome durch Aderlässe, purgirende und diuretische Heilmittel zu tilgen, denn eigentlich bedeutet Exspectatio so viel wie passives Verhalten.

Die Geschichte der Syphilis lehrt, dass der Impuls zu dieser Behandlung von William Fergusson, englischem Militärarzt, ausgegangen, wie aus dem einschlägigen Briefe vom 30. April 1812, welcher am 9. Juni 1813 in der Londoner ärztlich-chirurgischen Gesellschaft vorgelesen wurde, ersichtlich ist. In diesem Briefe vergleicht er die Folgen der Syphilis und die Verheerungen, die sie in der englischen und portugiesischen Armee angerichtet hatte, und schreibt den milden Verlauf der Krankheit bei den Portugiesen der exspectativen Heilmethode zu, und die grässlichen Symptome bei den Engländern legt er der mercuriellen Behandlung zur Last. Die exspectative Heilmethode — „simple treatment" bei den Engländern genannt, fand in England sogleich viele Nachahmer. Th. Rose, ein eifriger Anhänger derselben, schreibt in seinem Werke „Observations on the Treatment of Syphilis" etc., dass die Kranken, die gewöhnlich zu Bette lagen, nur local behandelt wurden und dass das Resultat sehr von dem verschieden

war, was er erwartet hatte, denn die Heilung wurde in jedem Falle bewirkt, ohne dass es nothwendig gewesen wäre, zu dem Quecksilber Zuflucht zu nehmen.

Den Ansichten Fergusson's und Rose's folgten viele englische Aerzte, wie G. J. Guthrie, Thompson, Hennen, Bartel, Hill Alcock und Andere, und ihre hinterlassenen Schriften beweisen, dass sie die Exspectatio für rationeller betrachteten, als jede andere Heilmethode. Die Anschauungen der physiologischen Schule, die zu jener Zeit in Frankreich cultivirt wurden, beförderten die in England allgemein gewordene Heilmethode. Der Stifter dieser Schule F. J. V. Broussais behauptet, dass es keine Syphilis gebe, empfiehlt eifrig die locale Behandlung, namentlich Aderlässe und Blutegel, und meint, dass die Aderlässe nicht nur die frühen, sondern auch späten Syphilis-Symptome zu heilen vermögen. Die Anschauungen der physiologischen Schule, die, wie bekannt, das Vorhandensein der constitutionellen Krankheiten überhaupt negirte und die Symptome derselben als Entzündungssymptome betrachtete, die Anschauungen dieser Schule wiederhole ich, waren, was die Behandlung anbelangt, sehr consequent. Jourdan, Richond de Brus, Robillier, Desruelles, Dévergie, treu den Ansichten der physiologischen Schule, empfehlen die exspectative Heilmethode, und indem sie dieselbe mit der mercuriellen Behandlung vergleichen, behaupten sie, dass die erste schneller wirkt, dass die Recidiven weit seltener und milder sind, und dass die Behandlung mit Quecksilber unpassend und unnützlich ist. Etwas später findet die Exspectatio viele Anhänger auch in Deutschland, und Handschuh's Publicationen über die günstigen Resultate dieser Methode, die Brinninghausen im Militärhospitale zu Würzburg erreichte (1826), spornten deutsche Aerzte zu weiteren Versuchen an.

Die von Fricke, F. Wilhelm, Kluge angestellten Versuche, welche ihrer Meinung nach glücklich ausfielen, verursachten, dass die Exspectatio immer mehr Anhänger in Deutschland fand und im weiteren Vorschreiten in Schweden, Dänemark, Polen und Russland angewandt wurde. In der Hälfte der dreissiger Jahre unseres Jahrhunderts zählte sie mehr Anhänger als jede andere Methode, die in jener Zeit geübt wurde; von da an verminderte sich die Zahl der exspectativ Behandelnden bis in die letzten

Jahre. Im laufenden Jahrzehent vermehrt sich wiederum ziemlich schnell die Zahl der Anhänger dieser Heilmethode, und unter ihnen finden wir sogar die unlängst eifrigen Mercurialisten. Mancher von den angegebenen Autoren blieb nicht bis zum Ende seines Wirkens diesen Ansichten treu und betrachtete die Exspectatio nicht als die beste Heilmethode, dagegen wurden viele Mercurialisten zu Anhängern dieser Methode. Dieses Wanken, wenn auch schädlich, ist doch begreiflich und begründet. So lange unsere Begriffe über das Wesen der Krankheit nicht endgiltig und stabil geworden sind, sondern bei jedem Vorwärtsschreiten der Wissenschaft wesentlichen Aenderungen unterliegen, so lange ist auch das Schwanken in der Wahl gewisser Heilmittel und Methoden zu rechtfertigen. Wenn die exspectative Heilmethode keine Anhänger in unserer Epoche haben würde, nachdem die Harnröhrenentzündung und weiche Schanker aus dem syphilitischen Symptomencomplexe eliminirt wurden, könnten wir behaupten, dass die glücklichen Resultate dieser Heilmethode wegen des unpassenden Gebrauches des Quecksilbers in Krankheiten, die wir jetzt nur local heilen, vorkommen; da sich jedoch gegenwärtig die Anzahl der Vertheidiger der exspectativen Behandlung bedeutend vermehrt, finden wir uns genöthigt, zur besonderen Analyse der Grundsätze besagter Methode zu schreiten.

Die Anschauungen verschiedener Verfasser sind, wie dies gewöhnlich der Fall ist, verschieden. Manche wie J. Hermann, sehen sich nicht gezwungen, Quecksilber anzuwenden und sind im strengsten Sinne Antimercurialisten, indem sie läugnen, dass constitutionelle Syphilis existire und Symptome derselben als Resultat der Quecksilberbehandlung betrachten. Andere geben an, dass die constitutionelle Syphilis existire und behandeln diese Krankheit nach dem Schema der acuten exanthematischen Krankheiten wie z. B. K. Bennet, oder streben nur vermittelst der diätetischen und purgirenden Mittel oder verschiedener Decocte, wie Bärensprung und seine Nachahmer, dieselbe zu tilgen. A. Oewre empfiehlt tonisirende und symptomatische Behandlung, die völlig hinreichen soll zur Vernichtung der sich mit der Zeit immer mehr vermindernden Verunreinigung des Blutes, und A. Desprès verlangt selbst die Symptome der Krankheit nicht zu tilgen, die er als Anzeichen des zur Norm wiederkehrenden Organismus betrachtet. Die letztgenannten Autoren

sind hervorragende Repräsentanten der exspectativen Behandlung, es gibt aber auch solche, die sich immer mehr dieser Behandlung zuneigen, obwohl sie die specifischen Mittel, die man bisher gegen Syphilis anwendet, nicht verwerfen. Zu diesen gehört Zeissl; anfangs gemässigter Mercurialist, hatte er oft die Jodpräparate angewendet, und da dieselben ihm oft unzuverlässig erschienen, wurde er Anhänger der exspectativen Behandlung. Er gesteht, dass die Krankheit länger dauert, wenn man sie nur local und mittelst der diätetischen Mittel behandelt, dagegen sollen die Recidiven seltener und milder, und die auf diese Art erreichte Genesung vollkommener sein. Seiner Meinung nach erlangt man durch diese Methode bessere Resultate bei frühen Symptomen der Syphilis, und unbedingt nothwendig ist sie dann, wenn zu den Symptomen der Syphilis irgend welche acute, mit Fieber vergesellschaftete Krankheit hinzutritt. Nicht weniger setzt in Erstaunen v. Sigmund's Zuneigung zur exspectativen Behandlung. Vor etwa zwanzig Jahren kündigte Sigmund an, dass die Syphilis am vortheilhaftesten vermittelst Quecksilber-Präparaten behandelt wird und empfahl, dieselben möglichst frühzeitig anzuwenden, indem er behauptete, dass je mehr Tage vom Augenblicke der Evolution der primären Erscheinungen verstrichen sind, desto mehr die allgemeine Behandlung angezeigt ist. Als er sich kurz darnach überzeugte, dass zu frühzeitiges Anwenden der Mercurialien oft Schaden bringt, lehrte er, dass man mit dem Erscheinen der constitutionellen Symptome der Syphilis zur Anwendung des Quecksilbers schreiten soll, endlich verschiebt er in der letzten Zeit noch mehr den Zeitpunkt, von welchem an die Mercurialien angewendet werden sollen und behauptet, dass die locale Therapie der allgemeinen Syphilis die Krankheitssymptome gar nicht verschlimmere, die grösstentheils (40 %) sehr leicht sind, selbst während der localen Behandlung. Die Anwendung der Mercurialien findet Sigmund dann zur rechten Zeit, wenn in vielen Organen Syphilissymptome gleichzeitig auftreten, oder wenn diese auch nur in einem Organe gefährlicher sind oder endlich, wenn die allgemeine Ernährung nur wegen Syphilis leidet. In diesem Augenblicke berücksichtige ich die Anschauungen der Anhänger der Syphilisation nicht, da über die Therapie derselben später gesprochen werden soll, und zwischen deren Handeln und

einer localen Therapie kein grosser Unterschied besteht. — Wenn wir die Anschauungen der exspectativ Behandelnden zusammenfassen, so sehen wir, dass man als Vortheil dieser Methode angibt, es wären die Recidiven leichter und seltener, die Symptome der tardiven Syphilis, die nur ausnahmsweise vorkommt, grösstentheils ungefährlich, wenn auch die Krankheitssymptome längere Zeit zum Verschwinden bedürfen. Würden diese Vortheile wirklich und nicht illusorisch sein, so sollte die Exspectatio anderen Mitteln vorgezogen werden, die man in der Behandlung der Syphilis anwendet. Die Anhänger der exspectativen Behandlung basiren ihre Anschauungen auf die klinische Erfahrung, dass der Verlauf der Syphilis sehr verschieden ist. Manchmal sind die allgemeinen Symptome, wenn auch keine specifischen Mittel angewandt wurden, so schwach, dass sie schnell und auf immer verschwinden, manchmal werden die Krankheitssymptome immer gefährlicher und trotz specifischer Therapie sehr drohend.

Diese klinischen Ergebnisse veranlassten Diday, die Syphilis in eine regressive und progressive einzutheilen, und die Anhänger der exspectativen Behandlung fordern scheinbar billig, dass man die allgemeine Behandlung der Syphilis mit regressivem Verlaufe meide. Diese Forderung ist deshalb nur scheinbar billig, weil man fast nie vorhersagen kann, ob die allgemeinen Symptome der Syphilis drohende oder milde sein werden. Zwar kommt es manchmal vor, dass nach den milden Formen der initialen Symptome auch leichte und ungefährliche Veränderungen der constitutionellen Syphilis folgen, aber dieses Ergebniss gehört nicht zur Regel. Manche Autoren gaben selbst die Symptome der regressiven Syphilis an und behaupteten, dass sie da hervortritt, wo der harte Schanker des Inficirten von frühzeitigen Symptomen des Ansteckenden abstammt und unter der Form einer oberflächlichen indurirten Excoriation vorkommt, wenn die constitutionellen Symptome oberflächlich gutartig und die Recidiven mild sind, und endlich, wenn die Krankheitssymptome nach längeren Intervallen zurückkehren. Es kann weder bezweifelt, noch verneint werden, dass man in Ausnahmsfällen voraussehen kann, ob der weitere Verlauf der Syphilis mild oder gefährlich sein wird; dass aber die Prognose, was den Verlauf anbelangt, sich auf obgenannte

Kennzeichen nicht basiren kann, zeigt folgender Fall, der kurz mitgetheilt wird.

N. N., 21 Jahre alt, gut gebaut und wohlgenährt, stammt aus einer Familie, in der die Scrophulose vererbt wird. Anscheinend ist der Patient nicht scrophulös und war bis da immer gesund. Der letzte Beischlaf in der zweiten Hälfte Jänner 1878. Der Patient besuchte mich zum ersten Male am 10. Februar wegen einer oberflächlichen Excoriation, die auf der inneren Präputialfläche rechterseits sich befand. Die Inguinaldrüsen gänzlich frei und die Diagnose, ob diese Abschürfung syphilitisch sein wird, unmöglich. Als ich aber erfuhr, dass es möglich wäre, die wahrscheinliche Quelle der Ansteckung zu ermitteln, that ich Alles, um die Confrontation zu ermöglichen, durch welche ich mich überzeugte, dass das Weib, eine Prostituirte, an Condyl. lata lab. min. leidet. Jetzt hatte ich Recht, die oberflächliche Abschürfung als eine spätere Sklerose zu betrachten und deswegen rieth ich dem Patienten eine Excision derselben. Am 13. Februar wurde diese Excoriation excidirt und die so entstandene Wunde heilte durch prima intentio zu, und eine lineare Narbe zeigte die excidirte Stelle an. Bis zu dieser Zeit waren die Inguinaldrüsen gänzlich normal. Die zweite Woche war zu Ende, als mich der Patient über die Prognose befragte, die ich als gut und vortheilhaft für den Patienten stellen wollte, auf Grund dessen, dass weder nachträglich eine Härte in der Wunde entstand, noch die Inguinaldrüsen irgend welche Veränderung erlitten. Kurz darauf überzeugte ich mich, dass die constitutionellen Symptome zum Vorscheine kamen, indem ich am 7. April eine linsengrosse, nässende Hervorragung auf dem Hodensacke erblickte. Auch jetzt waren die Inguinaldrüsen normal, und dies einzige Condyl. lat. schien meine Prognose zu rechtfertigen.

Am 16. April kam der Kranke wiederum zurück, aber jetzt mit einem reichlichen, papulösen Exanthem, nebstdem liess sich ein harter, schmerzhafter, deutlich zu fühlender Knoten in den Muskeln der Fossa popl. sin. und ein diffuses Infiltrat der siebenten Rippe rechterseits deutlich wahrnehmen. Die Inunctionen verminderten nicht die Qualen des Kranken, der weder liegen, noch herumgehen konnte. Selbst der Hautausschlag wurde nicht kleiner, im Gegentheil, das Exanthem wurde sogar deutlicher, indem um die Papeln intensiv roth gefärbte Infiltrate zum Vorschein kamen und zugleich die Geschwürs-

bildung Fortschritte machte, so dass endlich anstatt des papulösen Exanthems eine zwar oberflächliche, doch weit verbreitete Geschwürsfläche zu sehen war, deren Spuren noch heute auffällig genug zu Tage treten. Jetzt wurde der Patient, der sehr geschwächt war, nach Iwonicz geschickt, wo er vom Dr. D. behandelt wurde, von dem ich die Daten über den weiteren Verlauf der Krankheit bekam. Dieser war viel milder, trotzdem litt der Patient nach Rückkehr von Iwonicz an Geschwüren, welche beide Tonsillen, Arcaden, die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand theilweise und der hinteren Nasenöffnungen einnahmen. Damals wurden wiederum und schon zum dritten Male die Inunctionen empfohlen neben der localen Behandlung. — Im Jänner 1879 wurde der Patient aus der Behandlung entlassen, um nach mehrmonatlicher Pause wegen eines Gumma der hinteren Pharynxwand Hilfe zu suchen.

Dieser Fall beweist, dass die Prognose, was den weiteren Verlauf der Syphilis anbelangt, nicht richtig war, obwohl diese sich auf die Qualität der Initialexcoriation basirte, aus welcher viele Autoren den weiteren Verlauf der Krankheit vorherzusagen streben. Die nächstfolgende Krankengeschichte führe ich an, um zu zeigen, dass es sehr oft unmöglich ist, den Verlauf der Syphilis vorauszusehen.

B., hoch gewachsen, habitus phthisicus, stammt aus einer Familie, wo Phthisis hereditär aufzutreten scheint. Der Vater starb an einer Brustkrankheit, die nicht näher bezeichnet werden kann. Der Patient leidet an Husten, ist schlecht genährt, seine Gesichtsfarbe blass, die rechte Lungenspitze bis zur zweiten Rippe katarrhalisch afficirt, der Percussionsschall über der linken Lungenspitze etwas kürzer, Rasselgeräusche hörbar, Exspiration verschärft. In 3 bis 4 Wochen nach dem letzten Beischlafe entstand ein weit verbreitetes Geschwür in der Foss. coron. gland., das ausser der Glans noch den grössten Theil der inneren Präputialfläche einnahm. Der Lymphgefässstrang der Rückenfläche der Ruthe hart und dick; die Lymphdrüsen in beiden Leisten sehr stark vergrössert und hart. Im weiteren Verlaufe vergrösserte sich sowohl der indurirte Schanker, wie auch die Inguinaldrüsen so, dass sie Kindesfaustgrösse erlangten. Diese Symptome rechtfertigen, dass man auch schwere constitutionelle Syphilis erwartete, und diese Prognose wurde noch durch die präexistirende Brustkrankheit unterstützt. Der Kranke blieb unter meiner

Aufsicht durch neun Monate, während welcher Zeit keine secundären Symptome zum Vorschein kamen. Das Brustleiden verschlimmerte sich mit jedem Tage, und nach einem starken Blutsturze ist der Kranke von Lemberg abgereist, weshalb weitere Beobachtung unmöglich war.

In diesem Falle wurde durch Confrontation bestätigt, dass der Kranke von einer Prostituirten angesteckt war, welche an einem Ulcus indurat. ad introit. vag. und Condyl. lat. lab. pudend. litt.

Dass ich nicht gänzlich exspectativ mich verhalten habe, rechtfertigt das Brustleiden und ein Darmkatarrh, der den Kranken durch starkes Abweichen sehr schwächte. Die ganze Therapie bestand in der Application einer Lapislösung auf das Geschwür und Empl. hydrargyri auf die vergrösserten Drüsen, und während dieser fast indifferenten Behandlung verkleinerten sich die Inguinaldrüsen sehr bedeutend. Das Geschwür heilte zu und nahm später unter Empl. hydrargyri gleichfalls schnell ab, so dass im fünften Monate nach der Ansteckung weder die Sklerose zu fühlen war, noch die sehr wenig geschwollenen Drüsen eine Diagnose auf unlängst vorhandene Sklerose rechtfertigen würden.

Beide angegebenen Krankheitsfälle beweisen, dass weder das Confrontiren, noch die Qualität der primären syphilitischen Erscheinungen eine Grundlage zur Vorhersagung des weiteren Verlaufes der Syphilis abgeben, denn der Verlauf derselben kann sehr mild sein, obwohl die primären Symptome stark entwickelt sind, und umgekehrt. Wenn wir bemerken, mit welchen Schwierigkeiten das Confrontiren, das uns über die Quelle der Ansteckung belehrt, verbunden ist, und anderseits berücksichtigen, dass es unmöglich ist, aus der Qualität der primären Symptome irgend einen Schluss auf die Qualität der secundären Erscheinungen zu ziehen, so verlieren die Initialerscheinungen die ihnen zugeschriebene Bedeutung fast gänzlich. Ebenso lehrt die Erfahrung, dass nach den mildesten Symptomen der constitutionellen Syphilis die Krankheits-Recidiven sehr drohend sein können, und ich selbst hatte oft Gelegenheit zu beobachten, dass nach sehr mildem, fleckigem Ausschlage, der exspectativ behandelt wurde, sehr schwere Syphilisformen auftraten. Dasselbe betrifft auch die Krankheits-Recidiven, die ungeachtet der öfteren Wiederholung und kurzen Zwischenraumes entweder mild oder schwer sein

können. Dies beweist, dass man aus den präexistirenden Symptomen den weiteren Verlauf der Syphilis nicht vorhersagen kann, und wenn es sich so verhält, so verliert die exspectative Behandlung einigermassen die Grundlage, und eigentlich verlieren wir das Zeichen, ob Exspectatio am Platze und passend ist.

Der verschiedenartige Verlauf der Syphilis hängt vor Allem von den Verhältnissen ab, in welchen der Kranke sich befindet, und unter diesen Verhältnissen ist die Constitution des Kranken am wichtigsten, und diese gut zu kennen und überblicken, ist sehr schwer. Der Mangel an sichtbaren Symptomen verursacht, dass die scheinbar Gesunden für Gesunde gehalten werden und umgekehrt, und oft sind nur die Gebrechen des Organismus der Eltern das einzige Zeichen der vererbten, aber gar nicht sichtbaren Leiden. Wenn wir in einem jeden Krankheitsfalle gewisse Zeichen der krankhaften Constitution fänden, dann könnte und müsste die auf dieselben sich basirende Prognose über den Verlauf der Syphilis wahr sein und jedenfalls wäre es viel passender, sie auf die Ursache des Verlaufes und auf die Folgen derselben zu stützen. Denn die für beide Gattungen angegebenen Symptome hängen von der Constitution des Inficirten ab, und die Constitution ist die Ursache des milden oder des schweren Verlaufes der Krankheit. Da die milden Formen der Syphilis ausser einer gesunden Constitution noch sonst günstige und fördernde Lebensverhältnisse des exspectativ Behandelten erheischen und das Gegentheil oft milde in bösartige Formen umzuwandeln im Stande ist, so begegnen wir auch da Schwierigkeiten, deren Wegräumung nicht immer in unserer Machtsphäre gelegen ist.

Indem wir angeführt haben, wovon der Verlauf der Krankheit abhängt, fragen wir jetzt, auf welche Weise kommt das Genesen bei exspectativer Behandlung zu Stande? Der Kranke nimmt keine Arzneien ein, und die locale wenn auch sorgfältigste Behandlung der Syphilissymptome kann auf die allgemeine Dyskrasie fast gar keinen Einfluss ausüben. Bei dem passiven Verhalten des Arztes, bei dem Mangel an Heilmitteln von aussen, müssen wir die Heilkraft in dem Organismus selbst suchen. Hier finden wir gewisse Functionen, denen der Organismus das Dasein, das Leben und die Entwickelung verdankt; wir wissen, dass diese Functionen durch beständige Thätigkeit den Organismus umgestalten,

und ihnen schreiben wir eben die Genesung in vielen Krankheiten zu, bei deren Heilung wir uns passiv verhalten. Ohne Zweifel kommt das Genesen bei der exspectativen Behandlung ausschliesslich durch physiologische Functionen zu Stande und sie sind das einzige Heilmittel. Die physiologischen Functionen des Organismus hängen aber von der Qualität des Organismus ab und den Verhältnissen, in denen derselbe sich befindet, oder was wir mit dem allgemeinen Begriffe der „Constitution“ bezeichnen.

Wenn die Constitution der Art ist, dass die physiologischen Functionen, regelmässig zu Stande kommend, einen vortheilhaften Einfluss auf den Verlauf der Syphilis üben werden, so wird die Syphilis mild sein; wenn die physiologischen Functionen von der Norm abweichen, so pflegen die Symptome der Syphilis entgegengesetzter Art zu sein. Die physiologische Function hört auf normal zu sein, wenn sie verspätet oder beschleunigt ist; auf die Beschleunigung oder Verspätung wirken die verschiedensten Ursachen der äusseren Welt ein, die wir oft zu Heilzwecken benützen. Am stärksten werden physiologische Functionen durch acute und mit Fieber vergesellschaftete Krankheiten beschleunigt; die sogenannten chronischen Krankheiten im Gegentheil rufen die Verspätung dieser Functionen hervor. Die Syphilis ist eine typisch-chronische Krankheit, oder mit anderen Worten, sie verspätet die physiologischen Functionen und dadurch den Stoffwechsel des Organismus. Wenn Syphilis, die wir nicht behandelt haben, zu existiren aufhört, beweist dies, dass die physiologischen Functionen die durch vorhandene Krankheit hervorgerufene Verspätung des Stoffwechsels überwältigten und die Regelmässigkeit der Functionen und der fortwährende Wechsel des Organismus diesen wieder zur Norm brachten. Wird die Verspätung überwunden, so wird der Verlauf der Krankheit mild sein; wenn die physiologischen Functionen die Verspätung nicht überwinden können, so leidet dadurch der Stoffwechsel des Organismus, und der Verlauf der Krankheit muss schwerer sein. Auf diese Weise werden zwei für uns sehr wichtige Räthsel gelöst, wovon der Verlauf der Syphilis und die Genesung des Kranken abhängt. Die bei exspectativer Behandlung angewandten diätetisch-hygienischen Mittel wirken vortheilhaft auf den Stoffwechsel des Organismus ein, und dies ist die Grundlage der exspectativen Methode.

Alles bis da Gesagte zusammengefasst, ist ersichtlich und wird auch nicht bestritten, dass die Basis der exspectativen Heilmethode richtig ist und völlige Berücksichtigung verdient.

Erwägen wir noch in Kürze, was man unter der Beschleunigung und der Verspätung des Stoffwechsels verstehen soll, und was für Folgen die Abweichung von der Norm nach sich ziehen kann. Die Beschleunigung des Stoffwechsels ist gleichbedeutend mit über die Norm vergrössertem Verluste, die Verspätung aber bezeichnet den verminderten Verlust. Der mehr als in gewöhnlichen Verhältnissen und normalem Zustande verlierende Organismus leidet einen Mangel, welcher durch Einnahme nicht behoben, dauernden Mangel nach sich zieht; wird er aber behoben, so leidet der Organismus gar nicht, indem an der Stelle der älteren Gewebe neue entstehen. Der verspätete Stoffwechsel muss immer schädlich wirken, erstens dadurch, dass das Assimiliren behindert wird, und deswegen der Verlust nicht gedeckt wird, und zweitens, weil derselbe die Lebenskraft des Organismus schwächt.

Versuchen wir das Gesagte der Syphilis anzupassen und überzeugen wir uns, ob die tägliche Erfahrung es bestätigt. Wir wissen, dass acute Krankheiten auf den Verlauf der Syphilis zweifach wirken, und namentlich die Symptome der Syphilis auf gewisse Zeit oder auf immer tilgen. Im ersten Falle kann die Recidive mild oder schwer sein. Acute Krankheiten vernichten auf immer die Syphilis, wenn der beschleunigte Stoffwechsel die Ursache der Krankheit oder den Infectionsstoff gänzlich tilgt und die vermehrte Einnahme dem Verluste entgegenkommt; die Symptome der Syphilis weichen aber auf kurze Zeit und werden milder, wenn die Beschleunigung des Stoffwechsels den Organismus nicht schwächte und den Infectionsstoff nicht gänzlich vernichtete. Die Syphilis muss schwer verlaufen, wenn der beschleunigte Stoffwechsel den Organismus schwächt, und dadurch die physiologischen Functionen, die schon wegen der Syphilis von der Norm abweichen, verspätet. Davon wissen wir seit lange aus Erfahrung und deshalb fordert Zeissl mit Recht die exspectative Behandlung der Syphilis im Verlaufe der Dysenterie, des Typhus und der Pneumonie.

Ganz verschieden wirken chronische Krankheiten auf den Verlauf der Syphilis, die ebenfalls eine chronische Krankheit ist. Denn hier wird der Stoffwechsel auf zweifache Weise verspätet,

durch Syphilis und durch eine andere existirende chronische Krankheit, von deren Qualität es abhängt, in wie fern der Einfluss auf die Syphilis ungünstig sein wird; auch diese Anschauung wird durch alltägliche Erfahrung bestätigt.

Wenn wir das bisher Gesagte erwägen, so ist leicht der factische Werth der exspectativen Behandlung der Syphilis ersichtlich. Sie wird mit Vortheil bei einem Kranken angewandt, bei welchem der Stoffwechsel normal ist, und kann vortheilhaft bei einem Kranken sein, bei dem der Stoffwechsel beschleunigt ist, muss aber ungünstig wirken bei verspätetem Stoffwechsel. Die Schattenseite dieser Behandlung ist, dass die Krankheit länger dauert, als bei Anwendung antisyphilitischer Mittel, die den Stoffwechsel des Organismus beschleunigen. Eine ansteckende, sich leicht mittheilende Krankheit verlängern heisst so viel, wie die Krankheitsquellen vergrössern und vermehren, was gar nicht zur Aufgabe des Arztes gehört. Weit schöner noch und erhabener, als das Heilen, ist für den Arzt das Verhüten der Erkrankungen, und dieser Aufgabe kann die Exspectationsmethode unmöglich Genüge thun.

Wiewohl die Methode, wie die Resultate es beweisen, gar nicht gering zu schätzen ist, so ist doch eine andere, die bei dem beschleunigten Stoffwechsel das Gleichgewicht im Haushalte des Organismus erhalten könnte, weit höher zu stellen. Diesen Forderungen entsprechen verschiedene Mittel, wenn sie passend angewandt werden, wie: diuretische, purgirende, schweisstreibende Mittel und vorzüglich die sogenannten specifischen antisyphilitischen Mittel, wie Quecksilber und Jodpräparate.

Selbst die eifrigsten Anhänger der exspectativen Methode wenden das letztgenannte Mittel an, die Quecksilberpräparate werden aber von diesen gänzlich verworfen, da sie ihre Anwendung für rücksichtslos schädlich halten. Doch die Anwendung dieser Mittel ist ebenso wenig absolut schädlich, wie die Exspectatio absolut günstig. Ohne Rücksicht vortheilhaft ist jene Heilmethode, welche, den Stoffwechsel des Syphilitischen beschleunigend, vorzüglich berücksichtiget, dass der sich fortwährend erneuernde Organismus in möglichst besten zum Aufbau nothwendigen Verhältnissen sich befinde. Dieser Methode leisten verschiedene Mittel Vorschub,

bald die hygienisch-diätetischen der exspectativen Behandlung, bald diejenigen, welche die antisyphilitische Methode repräsentiren.

Wenn wir immer den Grundsatz der Behandlung der chronischen Krankheiten berücksichtigen, werden wir niemals fehlen und eben so wenig die Anhänger der exspectativen Behandlung, als die Mercurialisten verdammen. Dieser Grundsatz muss den sich Jahrhunderte lang hinziehenden Streit zwischen Mercurialisten und Antimercurialisten ausgleichen und die Therapie vom herrschenden Chaos befreien, das jedem Anfänger schwer zu überwinden ist.

Zuletzt erinnere ich noch einmal, dass man in der Auswahl der Heilmittel sehr vorsichtig sein müsse und sich blos vom Grundsatze der Therapie in chronischen Krankheiten leiten lasse, vor allem aber solcher Methode den Vorzug einräume, die das Infectionsstadium wesentlich abkürzt. So handelnd thun wir zwei erhabenen Aufgaben Genüge: wir heilen die Kranken und treten der Verbreitung der Krankheit entgegen.

Das multiple Keloid.

Von Prof. Dr. **Ernst Schwimmer** in Budapest.

Jene Geschwulstformen an der allgemeinen Decke, welche unter der wenig geeigneten Bezeichnung des Keloids bekannt sind, bildeten in den letzten Jahrzehnten mehrfach den Gegenstand eingehender histologischer Untersuchungen. Diesen ist es zu danken, dass das Urtheil über das Wesen dieser Erkrankung, welche mannigfaltige Krankheitsformen gleichen Aussehens aber verschiedenen Charakters umfasst, heute wesentlich richtiger ist als früher, und dass, nachdem die feinere Structur dieser Gebilde genauer erforscht wurde, selbe auch in klinischer Beziehung auf ihre pathologische Wesenheit zurückgeführt wurden. Schon Alibert[1]), von dem die Bezeichnung stammt, stellte zweierlei Formen von Keloid auf; die eine bezeichnete er als das wahre Keloid oder die idiopathische Form, im Gegensatze zu der anderen, nämlich der aus Narben entstandenen hyperplastischen Bildung, welche er das falsche Keloid nannte. Spätere Autoren, wie Schuh, Wedl, Addison, Warren, haben die Begriffe, welche man mit diesen Leiden verband, theils verändert, theils erweitert, und die neueren Histologen und Kliniker acceptirten schliesslich die von Dieberg[2]) aufgestellte Eintheilung, welch neben den genannten Abarten des Keloids noch eine dritte enthielt, nämlich die warzige Narbengeschwulst. Virchow[3]) hat, von der Beobachtung ausgehend,

---

[1]) Description des maladies de la peau, Paris 1806, pag. 113 und „Monographie des Dermatoses." Deutsch von Dr. Bloest. Leipzig 1837. II. pag. 141.

[2]) Deutsche Klinik 1852, Nr. 33.

[3]) Die krankhaften Geschwülste. II, p. 244.

dass einzelne, als Keloid bezeichnete Geschwulstbildungen cancroider (krebsartig), andere wieder fibromatöser oder sarcomatöser und selbst syphilitischer Natur sind, vorgeschlagen, alle aus Narben hervorgegangenen Gewächse von dem Keloid gänzlich zu sondern und nur die spontanen oder aus gewissen pathologischen Processen entstandenen Gebilde so zu bezeichnen. Die mikroskopische Untersuchung genügte aber nicht, dieser Auffassung im gewünschten Sinne Rechnung zu tragen, indem man auch bei den spontan entstandenen nicht immer die gleiche Structur vorfand und je nach den gewonnenen Ergebnissen sich bestimmen liess, das Keloid bald zu den fibromatösen, bald zu den sarcomatösen Tumoren zu zählen. In dem einen Falle war nämlich das Gebilde von überwiegend bindegewebigem Gefüge, wesshalb man eine Analogie mit dem Fibrom statuirte, in anderen Fällen war es wieder die grosse Recidivfähigkeit und Hartnäckigkeit des Uebels, sowie die überaus reichliche Zellenwucherung, die das neoplastische Gebilde aufwies, welche eine Verwandtschaft mit dem Sarcom annehmen liessen. Um diesen Widerstreit der Auffassung zu lösen, haben namentlich Langhans[1]), Warren der Jüngere[2]) und Kaposi[3]) den Gegenstand eingehend geprüft, und das Resultat ihrer Untersuchung ist heutzutage das allgemein angenommene. Selbe besagt in Kürze Folgendes: das eigentlich idiopathische oder wahre Keloid erscheint als eine dichtfaserige Gewebsmasse, von der Längsaxe der Geschwulst entsprechender paralleler Faserung, die zahlreiche Spindelzellen enthält, welche aus nach dem Typus der Sehne zusammengesetzten Bindegewebsbündeln besteht. Das ganze Gebilde scheint im Corium eingeschoben, indem ober- und unterhalb desselben normale Schichten des Cutisgewebes sich vorfinden und ausser Haarbälgen, Talg- und Schweissdrüsen auch die Papillen erhalten sind (Kaposi). Letztere erscheinen unregelmässig breit und abgeflacht, so dass die Papillen als Ausdruck von der Längsaxe des Tumors parallelen Leisten angesehen werden müssen. Die Epidermis ist sehr dünn und die ganze Masse des

[1]) Virchow's Archiv, 40. Bd. 1867, p. 330.

[2]) Sitzungsbericht der kais. Akademie der Wissenschaften, Wien 1868, III, p. 413.

[3]) Hebra-Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankheiten. 1876, II, p. 204.

Tumors lässt sich von den tieferen Lagen der Cutis leicht ablösen (Langhans). Der Umstand, dass Papillarkörper und Retezapfen intact erscheinen, ist nach diesen Untersuchungen ein Hauptargument für die Annahme eines eingeschobenen Gebildes, während die Narbe oder Narbengeschwulst, wo diese dem normalen Gewebe zugehörigen Schichten fehlen, die Annahme gestatten, dass eine durch Geschwürsbildung oder Eiterung verloren gegangene normale Gewebspartie durch bindegewebige Massen ersetzt wurde. Die Gefässe scheinen auch für das Wesen der Erkrankung von ätiologischer Wichtigkeit zu sein, da die erwähnten Spindelzellen sich in grosser Menge rings um dieselben und den Verlauf derselben einhaltend vorfinden. Langhans meint sogar, dass die charakteristischen Zellenstränge, die sich vielfach verästelnd im Keloidtumor vorfinden, nichts anderes als obliterirte Capillaren darstellen. Zur Ergänzung des Ganzen sei noch bemerkt, dass jene Bildungen, wo nebst den eben beschriebenen Veränderungen gleichzeitig andere der Narbe entsprechende bindegewebige Schichten nachzuweisen sind, als falsche oder Narben-Keloide zu bezeichnen wären.

Auf Grund mikroskopischer Untersuchung wäre demnach beim Fehlen der Papillen an eine Narbengeschwulst zu denken, während hingegen reichlich vorhandene Faserzüge bei gleichzeitig erhaltenem Papillarstratum und Epidermisdecke das Bestehen eines wahren Keloids anzunehmen gestatten würden.

Die Eigenthümlichkeit des Keloids, nach seiner Entfernung vom Mutterbett sich neuerdings in ursprünglicher Ausdehnung zu bilden, glaubt Warren dadurch zu erklären, dass die Erkrankung der Gefässwände auf weite Strecken hinaus statt hat, und dass die Neubildung von diesem Gebiete aus sich stetig einstellt.

Wie aus diesen Angaben ersichtlich, ist die Distinction zwischen einem wahren und einem falschen Keloid demnach eine histologische, und die Diagnose würde kaum je correct gemacht werden können, da man für die Bildungen keinen anderen richtigen Gradmesser zur Beurtheilung besitzt. In diesem Sinne erscheint die Angabe der genannten Forscher vielleicht doch etwas zu weitgehend, und abgesehen von einigen Abweichungen in den histologischen Details, die ich im Vereine mit Herrn Dr. Babesiu an mehrfach exstirpirten Keloidbildungen wahrgenommen habe,

und die später folgen sollen, dürfte es vielleicht auch andererseits nicht so schwierig sein, für gewisse Fälle die klinische Diagnose des Keloids genau präcisiren zu können.

Kaposi[1]), der die genannten Schwierigkeiten in der klinischen Beurtheilung der Keloiderkrankungen in gleicher Weise betonte, glaubt deshalb, dass man im Allgemeinen nur Wahrscheinlichkeitsdiagnosen zu stellen im Stande ist, wobei die Anordnung der Geschwülste und der Sitz derselben namentlich am Sternum verlässliche Behelfe abgeben sollten, um vorkommenden Falles sich für die Annahme einer idiopathischen Bildung bestimmen zu lassen. Ich glaube jedoch, dass diese Behelfe für die Beurtheilung nicht immer ausreichend sind; und da wir über das Entstehen des Keloids keine sicheren Anhaltspunkte haben, vom Narben-Keloid jedoch wissen, dass es stets auf äussere Reize und Verletzungen der Cutis zur Entwicklung kommt, so wird man in solchen Fällen, wo letzteres Moment fehlt, und bei denen die bekannten charakteristischen Bildungen sich trotzdem entwickeln, mit aller Entschiedenheit für das Auftreten eines idiopathischen Keloids sich aussprechen können.

Für die richtige klinische Diagnose des wahren Keloids wäre noch ausserdem zu betonen, dass man sehr oft eine eigenthümliche Beschaffenheit der Haut einzelner Körperregionen anklagen muss, welche zu diesen Erkrankungen disponire. Hiezu gehören dann sowohl alle jene Fälle, bei denen das Keloid sich in mehrfacher Anzahl spontan entwickelt, als auch jene, bei denen durch gewisse, die tieferen Hautgewebe treffenden Eingriffe prominirende narbenartige Geschwülste leicht zu Tage treten, die einer Exstirpation nur vorübergehend weichen, und die sich immer neuerdings entwickeln. Ohne das Wort oder den Begriff der Diathese für unseren Gegenstand anzusprechen, glaube ich, dass die Idee nicht von der Hand zu weisen sei, dass gewisse Geschwulstformen sich auf der allgemeinen Decke generalisiren in der Weise, dass sie, spontan entstanden, sich oft ohne Veranlassung in ausserordentlicher Menge vervielfältigen und je nach der Anzahl der Bildungen, welche sie erzeugen, nur gleichsam gewisse Abstufungen in der Krankheitsdisposition darstellen. Ich glaube

[1]) l. c.

mich zu dieser Annahme umsomehr berechtigt, als ich auf Grund mehrfacher Beobachtungen Formen von multiplem Keloid sich entwickeln gesehen habe, die ohne Schwierigkeit in die Reihe der sich generalisirenden Hautgeschwülste einfügen lassen, bei denen nur die allgemeine Decke und nicht die übrige Constitution als pathologisch zu bezeichnen war.

Die Neigung generell aufzutreten zeigen mitunter auch Geschwulstformen anderer Natur, so dass die Idee einer Diathese auch bei anderen Arten von Tumoren sich aufzudrängen scheint. Man kann in Bezug der Multiplicität der Keloide, sowie der anderen Geschwülste der Haut, die Ansicht Virchow's als eine zutreffende bezeichnen, wenn er an einer Stelle über die Multiplicität der Myome[1]) sagt: „Selbe hat durchaus nichts mit der Malignität und Heteroplasie zu schaffen, sie ist auch keineswegs als Ausdruck eines dyskrasischen Allgemeinleidens, sondern ganz wesentlich als örtliche Erscheinung aufzufassen. Jeder einzelne Tumor ist das Produkt örtlicher Reizung, die Multiplicität bedeutet nichts als die Ausdehnung des Reizes."

Mit der Wahrnehmung, dass an einer Körperoberfläche vielfache Bildungen gleichen Aussehens auftreten, ist nicht immer deren Wesenheit festgestellt, und wenn man auf gewisse Formen der Geschwülste der Haut einen Blick wirft, so wird man die Mannigfaltigkeit derselben leicht zugeben und begreifen, warum man bei deren Classification keine einheitliche Grundlage bis heute festzustellen wusste. Oft ist es der Sitz, oft die Ursache, oft wieder das Wesen der Erkrankung, oft die Consistenz, Farbe, Verbreitung der Bildung u. s. w., welche der Geschwulst ein eigenthümliches Gepräge verleihen, und wenn auch der klinische Charakter ziemlich sicher erscheint, sind es wieder die histologischen Veränderungen, welche für einzelne Formen Analogien oder auch differente Verhältnisse aufweisen, die mit dem klinischen Urtheil nicht zusammentreffen. Gerade aus den letzten Jahren wurden Mittheilungen ähnlicher Art öfter bekannt, und die Autoren haben in Ermanglung einer einheitlichen Nomenclatur solchen Geschwulstbildungen auf der Haut verschiedenartige Bezeichnungen beigelegt. Wir erinnern beispielsweise an Köbner's[2]) „beerschwammähn-

[1]) Geschwülste, Berlin 1867. III, p. 118.

[2]) Klin. und experiment. Mittheil. Erlangen 1864.

liche multiple Papillargeschwülste der Haut", eine pathologische Form, welche in etwas ähnlicher Form von Alibert[1]) gesehen und als Mycosis bezeichnet wurde. Es sind dies papilläre Geschwülste allgemeiner Verbreitung (framboisieartige Bildungen), die von Köbner mit Entschiedenheit als idiopathische und nicht syphilitische Produkte trotz ihrer offenbaren äusseren Aehnlichkeit mit denselben bezeichnet und abgebildet wurden. Diesen in grosser Mannigfaltigkeit auftretenden Geschwülsten stehen die umschriebenen und nur örtlich erscheinenden Bildungen der Haut nahe, welche vor einiger Zeit Kaposi[2]) abgehandelt, und welche sich an analoge ältere Mittheilungen von Sauvages[3]), Plenk[4]), Willan[5]), Meyer[6]) u. A. anschliessen. Es sind dies Erkrankungen, welche auf der Gesichts- und Kopfhaut vorkommen und eine Gruppe von den Neubildungen zugehörigen Affectionen betreffen. Die Mitte zwischen diesen papilläre und abgegrenzte Tumoren mit seitlichen Ausläufern, wie sie das Keloid zeigt, bildenden Bindegewebshypertrophien halten dann die eigentlichen Sarcome der Haut ein, wie deren Port[7]) ein Beispiel mitgetheilt hat, bei dem zahlreiche Tumoren an den verschiedensten Stellen der allgemeinen Decke aufsassen, die sich bei der anatomischen Untersuchung als multiple Sarcombildungen erwiesen, doch auch den Verdacht nicht ausschlossen, dass diese Form aus Granulationsbildung sich entwickelt haben könnte. — Eine Mischform beider stellt wieder der von Duhring und Heitzmann[8]) untersuchte und beschriebene, den angeführten multiplen Geschwulstbildungen der Haut analoge Fall dar, der theils als entzündlicher (Bindegewebs-) Tumor, theils als sarcomatöse Erkrankung erschien. Wir sehen demnach Hautgeschwülste mannigfacher Art als locale Erkrankung sowie als generelle auftreten und die Uebergänge bindegewebiger Neubildungen

[1]) Monograph. des Dermatos. Deutsch von Bloest. Leipzig 1837. pag. 297.

[2]) Archiv f. Dermatol. u. Syphilis 1869, p. 382 u. ff.

[3]) Nosologia method. Amstelodami 1768, II, p. 554.

[4]) De morbis cutan. Wien 1783, p. 101.

[5]) Darstellung der Hautkrankheiten von Bateman. Leipzig 1841, pag. 408.

[6]) Virchow's, Archiv 1869, pag. 113.

[7]) Deutsches Archiv f. klin. Medic. 1874, p. 134.

[8]) Americ. Archives of Dermatol. 1879, V. Bd., p. 1—26.

zur Granulationsgeschwulst erklären die Schwierigkeit in der exacten Diagnostik dieser Tumoren, da man es bald mit papillären und Granulationsbildungen, bald mit Fibrom, Sarcom oder einer Combination der letzteren, dem Fibrosarcom zu thun hat. In die Reihe dieser Geschwulstformen gehören ferner auch die reinen Myome und die Fibromyome; Tumoren, die nicht nur im subserösen und submucösen Gewebe, sondern auch auf der allgemeinen Decke in solitärer und genereller Form sich zeigen, und erst jüngst hat Besnier[1]) einige Fälle von zahlreichen, zerstreuten, in grosser Ausbreitung fast den ganzen Stamm einnehmenden Dermatomyomen und Fibromen mitgetheilt.

Mit der Wahrnehmung, dass eine grosse Reihe von Geschwulstformen bekannten sowie auch nicht festgestellten Charakters auf der allgemeinen Decke vorkommen oder sich in langsamer Entwickelung über grosse Flächen der Haut ausbreiten, erscheint demnach das Keloid, welches mitunter diese Neigung aufweist, als eine Neubildung von grösserer Dignität als man bisher anzunehmen geneigt war, und wenn man sich dessen histologische Wesenheit vor Augen hält, wäre man wohl geneigt, die für den Charakter der Krankheit nichtssagende Bezeichnung Keloid aus der Nomenclatur zu streichen; doch kann man diese Gebilde andererseits mit keinem neuen Namen belegen, da man statt des bekannten denjenigen des Hautfibroms auch nicht zu wählen vermag, indem man wieder andererseits gezwungen wäre, Bildungen von analogem Aussehen und Charakter als Sarcome anzuerkennen.

Die Keloide kommen, wie bekannt, gewöhnlich nur als vereinzelte Gebilde vor, und der Stamm, namentlich die Sternalpartie desselben pflegt deren Lieblingssitz zu sein. Es fehlt absolut jeder Anhaltspunkt zur Erklärung dieser Erscheinung und selbst bei multiplem Vorkommen derselben pflegen die Extremitäten gänzlich verschont zu bleiben; ich habe wenigstens bei einer grossen Zahl von Keloiden verschiedener Form, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, ausser an den genannten Körperregionen das Auftreten derselben anderswo höchst selten beobachtet. Cazenave[2]) berichtet von einem Fall bei einer jungen Frauensperson, die mehr

[1]) Les Dermatomyomes, Annal. de Derm. et Syphilogr. Paris 1880 p. 25.

[2]) Abrég. prat. d. Mal de la peau Paris 1847 p. 603.

als 20 Keloide theils an der Brust theils an den oberflächlichen Lymphsträngen (?) des Ober- und Vorderarmes zu sehen Gelegenheit bot. Bazin[1]) sagt im Allgemeinen darüber „son siège de prédilection est la région sternale; on l'a également observée au cou, à la face, aux membres supérieurs et inférieurs, et l'on peut dire, qu'aucune partie du corps n'est d'une manière absolue a l'abri de cette affection". Er erwähnt auch einen Fall aus seiner Beobachtung, wo der Unterleib, die Hüftgegend und die Schenkelflächen von zahlreichen Keloidtumoren bedeckt waren. Selbstverständlich handelt es sich hiebei nur um Fälle von spontanen und nicht den früher erwähnten Narbenkeloiden wie sie nach Verbrennungen überall vorkommen können.

Bekannt sind auch solche Fälle, wo narbenartige, wulstförmige Gewebsneubildungen (wahre fibröse Tumoren) sich an den Fingern und Zehen entwickeln, doch stellen diese Gebilde, wenn auch histologisch mit dem Keloide verwandt, klinisch etwas veränderte Geschwülste dar. Einen derartigen ausgezeichneten Fall hat Volkmann[2]) vor einiger Zeit veröffentlicht.

Was nun die Zahl der einzelnen Tumoren anbelangt, so haben einzelne Beobachter selbe schon in ziemlicher Häufigkeit vorkommen gesehen. Doch wird die Zahl von 20—30 einzelner zerstreut auftretender Tumoren selten überschritten gefunden. Wilson[3]) beobachtete einen Fall bei einer Dame, die an der vorderen Brustfläche 30, und an der Rückenseite 9 einzelne Tumoren aufwies. Kaposi[4]) führt einen Fall an, bei welchem er nahe an 20 vereinzelte Tumoren bei einem männlichen Individuum vorgefunden hatte. Die nun folgenden Beobachtungen, die ich im vorigen Jahre zu machen Gelegenheit hatte, übertreffen an Multiplicität der Gebilde alle mir bekannten Fälle und sie mögen deshalb an dieser Stelle eine kurze Darstellung finden.

I.

K. F., eine 35 Jahre alte, gesunde und kräftige Frau, kam am 6. Mai 1879 wegen einer ausgebreiteten Veränderung an der allge-

---

[1]) Leçons clin. et théor. sur l'affect. cut. artif. Paris 1862 p. 365.

[2]) Langenbeck's Archiv 1872 B. XIII p. 374.

[3]) Diseases of the Skin. London 1876 p. 381.

[4]) Hebra u. Kaposi, Handbuch II. B. 199.

meinen Decke zur Behandlung. Sowohl die rechtsseitige Brusthälfte von der Claviculargegend an bis über die Brustdrüse hinaus, als auch der rückwärtige Theil des Stammes derselben Körperhälfte von der oberen Scapulargrenze an bis zur Wirbelsäule hin zeigte eine grosse Reihe von Knotenbildungen, die von Erbsen- bis zu Daumengrösse anscheinend in unregelmässiger Anordnung der Haut aufsassen.

Während nach vorne keine bestimmte Richtung in der Anordnung der Geschwülste zu finden war, erschienen in der Gegend, welche dem Verlaufe der 4.—6. Rippe bis zur Wirbelsäulgrenze entsprach, einzelne Tumoren so ziemlich nach einer bestimmten Richtung sich ausbreitend, ausserdem jedoch ober- und unterhalb derselben viele einzelne zerstreut aufsitzende Gebilde. Alle waren von durchwegs fester Structur, wenig verschiebbar und zumeist von normal gefärbter Haut bedeckt. Stellenweise jedoch erschien die Oberfläche derselben röthlich glänzend, von feinen Gefässzweigen durchzogen. Die Tumoren selbst erschienen wohl in ziemlicher Anzahl rundlich, ein grosser Theil derselben zeigte jedoch grössere Ausläufer in das umliegende Gewebe, so dass die Gebilde an ihren Grenzpartien in der normalen Haut eingelagert erschienen. Man konnte in den verschiedenen Formationen mannigfache Bildungen erkennen, indem mehrfache Ausläufer ineinandergreifend, dadurch längliche, mässig ovale Wulstgrenzen bildeten, zwischen denen vielfach normale Hautstellen inselförmig eingelagert erschienen. Doch waren die ineinander übergehenden kleinen und grösseren Geschwulstformen nicht allzu zahlreich und die grosse Masse stellte sich in Form isolirter Tumoren dar. Von den wenigen wulstartigen, aus verfilztem Gewebe bestehenden Endpartien abgesehen, konnte man h u n d e r t f ü n f e i n z e l n e T u m o r e n zählen. Die einzelnen Geschwülste zeigten nur bei tiefem Drucke mässige Schmerzhaftigkeit; über spontanen Schmerz wusste Patientin nicht zu klagen. Die Epidermisdecke konnte von den einzelnen Geschwülsten selbst seitlich abgedrängt werden, central haftete sie jedoch der Bildung fest an, ohne dass man einen besonderen Nabel an den einzelnen Tumoren bemerken konnte.

Das Leiden war innerhalb 6 Jahren in langsamer Entwicklung entstanden, und wie Pat. mittheilte, verbreitete sich die Bildung ohne nennenswerthe subjective Erscheinung. Seit einem halben Jahre soll keine wesentliche Veränderung eingetreten sein, und die Keloidbildung scheint hiemit vielleicht nur vorläufig ihren Abschluss gefunden zu

haben. Die Kranke hatte schon mehrfache ärztliche Hilfe nachgesucht, doch war sie dieserhalb nicht wohlberathen, denn sowohl die reichlichen Tumoren als auch die stellenweise dunkelrothe Färbung der bedeckenden Haut veranlasste einzelne Aerzte, das Leiden für eine specifische Gummaerkrankung zu betrachten. Aus dem Anlasse hatte Patientin eine Zeit lang antisyphilitische Mittel in Anwendung gezogen, doch war selbe so vernünftig, nach mehreren missglückten derartigen Heilversuchen selbe gänzlich aufzulassen. Bei der Aufnahme hatte ich der Kranken einzelne Knoten behufs Untersuchung exstirpirt, doch hatten sie an denselben Stellen sich bald wieder in ihrer ursprünglichen Ausdehnung entwickelt. Ausser an den genannten Körperstellen war die Haut des übrigen Körpers vollkommen rein und gesund, nirgends zeigte sich irgend eine Abweichung vom normalen Verhalten und sowohl die Anamnese als auch das jetzige Verhalten der Patientin boten nicht den leisesten Anlass zur Annahme irgend eines Krankheitszustandes. Patientin blieb durch einige Zeit in Beobachtung und wurde im unveränderten Zustande entlassen.

II.

Der nachträgliche Fall einer multiplen Keloiderkrankung hat nicht nur wegen des interessanten Krankheitsbildes sondern auch wegen der theilweise mit günstigem Erfolge durchgeführten Therapie ein mehr als pathologisches Interesse.

S. R., ein 17jähriges, kräftig gebautes Mädchen kam Anfangs Juli 1879 mit einen ausgebreiteten, den Stamm in auffälliger Weise verändernden Hauterkrankung zur Spitalsaufnahme. Betreff der Anamnese wäre zu erwähnen, dass die Kranke das Auftreten ihres Leidens auf eine verhältnissmässig kurze Zeit zurückdatirte, indem sie vor $^1/_2$ Jahre an einem intensiven Masernausschlag erkrankt gewesen, worauf sich kurze Zeit nach Ablauf des Exanthems am Stamme neuerdings ein umschriebener Fleckenausschlag entwickelt haben soll, welcher an einzelnen Stellen zu Knotenbildungen führte. Die rechtsseitige Thoraxhälfte erschien zur Zeit der Aufnahme von der Sternalpartie bis nahe zur Grenze der rechtsseitigen Wirbelsäule in bemerkenswerther Weise verändert. Man findet daselbst in grosser Anzahl theils einzelnstehende theils ineinanderfliessende, bohnen- bis haselnussgrosse, im Unterhautgewebe festsitzende, wenig verschiebbare, auf Druck mässig schmerzhafte Knoten von theils normaler Hautfarbe, doch stellenweise auch von röthlich schimmerndem Aussehen, indem einzelne Gebilde in

grösserer Anzahl von feineren Gefässen durchzogen sind. Die Knoten sind, obgleich unregelmässig gelagert, in dem Raume zwischen der 4.—7. Rippe conglomerirt, und ziehen so ziemlich dem Verlaufe der Rippen entsprechend über die gut entwickelte Brustdrüse bis unter die Axillargegend in reicher Anzahl hin. An der Sternal- und unteren Partie der Brustdrüse den Charakter derber Knoten beibehaltend, werden sie in der Brustdrüse selbst viel flacher und weniger hervorragend, doch sind sie allenthalben gut zu umschreiben mit wenigen in die Drüsen und Hautgewebe sich einsenkenden Ausläufern.

Interessanter ist die Rückenpartie des Stammes, wo die isolirten Knoten zur Zeit der Aufnahme viel mächtiger entwickelt waren und den Raum zwischen der 5.—9. Rippengegend als eine Geschwulstmasse erscheinen liessen, die seitlich sowie nach oben und abwärts in die gesunde Haut übergehende Ausläufer bildete. Es waren demnach isolirte und confluirende Tumoren, welche in theilweiser Confluenz die Configuration von halbmondförmiger und mehrfach gelappter Wulstbildung darstellten. Die Hautmasse der Rückengeschwulst sammt den an deren Grenzlinien vorhandenen Tumoren hatte eine Ausdehnung von 10 Ctm. Länge und 8 Ctm. Breite. An einer Stelle erschien die erwähnte massige Neubildung wie ein vielfach verästelter, dicke Zweige aussendender Stamm, dessen grösster Dickendurchmesser 2·3 Ctm. erreicht haben dürfte. Die Epidermis ist, wie in dem vorigen Falle, stellenweise der Geschwulst fest anhaftend, stellenweise jedoch gestattet sie bei Zusammenschieben an den Seitenrändern eine mässige Runzelung. Die ganze Rückengeschwulst ist von durchwegs röthlicher Färbung und das bei einzelnen Keloiderkrankungen in isolirten oder solitären Formen bekannte, mattweisse Aussehen der Epidermisdecke fehlte hier gänzlich. Ein zartes Capillargefässnetz überzog die ganze Neubildung. Die einzelnen Knoten waren weder besonders empfindlich noch schmerzhaft, und Pat. hatte während der ganzen Dauer der Erkrankung nie über irgend welche subjective Zufälle zu klagen.

Auffällig war bei unserer Kranken das Verhalten der Haut im Allgemeinen. Während die Gesichtshaut zahlreiche Comedonen aufwies, fanden sich auf der Haut des Nackens, des Bauches und den von der Keloiderkrankung freien Hautflächen des Stammes zahlreiche weisse, zerstreut stehende, flache, einer Narbenbildung ähnliche glänzende Flecke und man konnte mit gutem Rechte die allgemeine Decke als eine vom Hause aus nicht normale bezeichnen. Die

inneren Organe waren vollkommen gesund und Pat. hatte sich auch bis auf die erwähnte Masernerkrankung und das eben beschriebene Hautleiden im Allgemeinen stets einer guten Gesundheit erfreut.

Um eine Behandlung des geschilderten Zustandes anzustreben, habe ich an der Sternalpartie einzelne Knoten theils durch Ausschaben mit dem scharfen Löffel, theils durch andauernde Application von einer 10%igen Pyrogallussalbe zu entfernen versucht, doch fand ich die bekannte Erfahrung bestätigt, dass die Recidiven nach derartiger Behandlung der Keloidknoten in kurzer Zeit zu erfolgen pflegten. Es fragte sich nun, ob nicht ein eingreifenderes Vorgehen wie etwa die totale Exstirpation der auf dem Rücken befindlichen Geschwulstmasse mit Inbegriff des gesammten subcutanen Bindegewebes ein besseres Resultat zu Tage zu fördern vermöchte? Primarchirurg Janig hat nun auf meinen Wunsch in der Narkose die Exstirpation des ganzen Gebildes nebst der Ablösung eines 1 Ctm. breiten gesunden Hautrandes bis auf die Fascien der frei zu Tage liegenden Muskelpartien von der Unterlage vorgenommen, die Wundränder allenthalben mit dem Thermocautère energisch geätzt, und die zurückbleibende grosse Wundfläche unter entsprechender antiseptischer Behandlung theils mit Lister- theils mit Borverbänden der gänzlichen Heilung zugeführt. Es brauchte nahezu 5 Monate bis zur vollkommenen Restitution und ich hatte Patientin im geheilten Zustande der Budapester ärztlichen Gesellschaft im Monate März d. J. vorgestellt. Die Haut erschien zu dieser Zeit in der ganzen Ausdehnung der früheren Geschwulstmasse dunkelroth, flach und glänzend, wie eine ausgebreitete Verbrennungsnarbe und die Untersuchung lehrte, dass keine neue Knotenbildung in dem ganzen Gebiete des Narbengewebes zu Tage getreten, doch zeigen sich an dem äussersten Rande der frisch gebildeten Hautfläche einzelne verdächtige Anschwellungen, die zur Befürchtung Anlass geben, dass sich dort vielleicht neue Herde der früheren Erkrankung bilden könnten. In diesem geheilten Zustande wurde Pat. entlassen.

Die exstirpirte Geschwulst übergab ich behufs eingehender histologischer Untersuchung Herrn Dr. Babesiu, der in Nachfolgendem eine ausführliche Darstellung der gewonnenen Resultate im Anschlusse an diese Arbeit geben wird.

Ein Beitrag zur Histologie des Keloids.

Von

Dr. Victor Babesiu,

Assistenten der pathologischen Anatomie in Budapest.

(Hierzu Tafel VIII.)

Im Anschlusse an den vorstehenden Artikel des Herrn Professor Schwimmer gebe ich die Resultate der pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchung der exstirpirten Geschwulstgruppe wieder:

Dieselbe war am Rücken, in ihrer grössten Masse rechts zwischen der Wirbelsäule und dem unteren Theile des Schulterblattes gelegen, erstreckte sich aber durch Fortsätze nach links von der Wirbelsäule, dann nach unten vom Schulterblatte und nimmt einen Flächenraum von 10 Cm. Länge und 8 Cm. Breite ein. Ausser dieser Gruppe fanden sich noch zahlreiche selbstständige kleinere Geschwülste an den seitlichen Theilen der rechten Brustdrüse. Die Hauptgruppe am Rücken besteht zunächst aus einer stumpf verzweigten und plump genetzten Hauptmasse von 6 Cm. Breite, 6 Cm. Länge und 8 Mm. Dicke, sowie aus mehreren linsen- bis haselnussgrossen 5—6 Mm. hohen, theils durch niedere Leisten mit der Hauptgeschwulst verbundenen, theils selbstständigen Geschwülsten, welche sowie die Hauptgeschwulst von verdünnter, blass röthlicher, glänzender Haut, in welcher spärliche dünne Haare sitzen, überzogen sind. Die Geschwülste erheben sich zwar steil, doch setzen sich von denselben ausgehend kurze, dünne, strahlige Leistchen in die umgebende Haut fort. Alle Knoten sind von derbelastischer Consistenz. Am Querschnitte erscheint die Epidermis verdünnt und nach unten glatt und scharf begränzt.

Unmittelbar unter derselben ist die Cutis in eine glatte, glänzende, weisse, homogene, derbe Masse umgewandelt, von welcher in die Tiefe arcadenartig Fortsätze verlaufen, welche sich nach unten vernetzen und zwischen welchen eine grauliche, durchscheinende, in derben Strängen verfilzte Geschwulstmasse liegt, die nach unten allmälig in normales Gewebe übergeht, welches dann in einer Linie mit dem normalen Gewebe der Umgebung an das subcutane Fettgewebe gränzt. Es ist schon makroskopisch der Eindruck vorhanden, dass auch seitlich die Cutis und das subcutane Gewebe allmälig in die Geschwulstmasse übergeht.

Die Geschwulst besteht demnach aus einer unmittelbar unter der verdünnten Epidermis gelegenen homogenen und aus einer mit derselben grob verfilzten, etwas lockeren, allmälig in normales Gewebe übergehenden Masse.

Die mikroskopische Untersuchung erwies Folgendes:

Zunächst wurden ganz frische Geschwulsttheile nach Ranvier mit Picrocarmin interstitiell injicirt, oder auch in Picrocarmin ohne vorherige Injection zerzupft, indem kleine Stücke in der Längsrichtung gespalten und die hiedurch entstandenen Fäden fixirt wurden. Natürlich konnte dies Verfahren nur bei wenigen parallelen Faserzügen mit Erfolg ausgeführt werden.

Einen grossen Theil der Geschwulstmasse bildeten feine stark lichtbrechende doppelt contourirte, gleichmässig (0·0015 Mm.) dicke, lange Fasern, welche mit den übrigen Gewebsbestandtheilen parallel verliefen und blassgelb gefärbt wurden, sowie ähnliche, doch mehr starre, seitlich zackig begränzte, blassrosa gefärbte Fasern (Fig. 1 *a*). Zwischen diesen Fasern finden sich Fasern von beschränkter Länge (etwa 0·2 Mm.) wesentlich spindelförmig, an den Enden oft wie ausgefranst (Fig. 1 *b*). In der Mitte derselben findet sich ein rothgefärbter, entweder etwa 0·01 Mm. langer, 0·003 Mm. dicker, den Kernen der glatten Muskelfasern (Fig. 1 *c*) ähnlicher Kern, oder ein bis zwei länglichovale Kerne von verschiedener Grösse (Fig. 1 *e*, *f*, *g*) (gewöhnlich grösser als die Bindegewebskerne) oder es liegt ein solcher länglicher Kern einer Faser blos an. Dieser Kern ist von einem geringen, feinkörnigen Protoplasmahofe umgeben; oft gehen von hier seitlich 3—4 saumartige, kurze, substanzarme, platte, buchtig oder zackig begränzte Fortsätze aus (Fig. 1 b_1). Bei aufmerksamer Betrachtung und verschie-

dener Einstellung, namentlich bei Anwendung ziemlich concentrirter Essigsäure kann man sich von diesem Verhältniss überzeugen. Wo solche Fortsätze frei abstehen, erhält dadurch die Faser ein eigenthümlich ausgefressenes Ansehen. Die Fasern selbst erscheinen im Querschnitt platt oder vieleckig.

Ganz ähnlich verhalten sich kürzere Fasern von etwa 0·026 Mm. Länge, welche füglich als Spindelzellen aufgefasst werden können (Fig. 1 *d*).

Ausser diesen Zellformen, welche etwas dichter stehen, als etwa die Zellen der Sehne, gibt es noch in der Umgebung der Gefässe besondere zellige Gebilde. Zunächst viel grössere, den Endothelien ähnliche Zellen, von etwa 0·01 Cm. Durchmesser, deren Kern ganz blassrosa gefärbt und körnig begränzt ist (Fig. 1 *h, i*). Der Zellleib ist gewöhnlich platt, substanzarm und liegt gewöhnlich einer Seite des Kernes an. Von ihm setzen sich ebenso substanzarme, blasse verzweigte Fortsätze in verschiedenen Richtungen fort. Viele ähnliche Kerne besitzen überhaupt keinen Zellleib. Namentlich neben diesen Zellen, welche häufig in Reihen angeordnet erscheinen, findet man einzeln oder in Haufen rundliche Zellen mit grossem viel dunkler gefärbten Kerne, die gewöhnlich in kleinen Vacuolen liegen, von der Grösse weisser Blutkörperchen (Fig. 3 *a*).

An Schnitten des in Alkohol gehärteten Gewebes, welche in Picrocarmin oder Hämatoxylin gefärbt wurden, konnte man schon bei geringer Vergrösserung wahrnehmen, dass die Geschwulst keine in gesundes Gewebe eingebettete Masse darstellt, sondern dass sie allmälig in die normale Haut übergeht (Fig. 2 *a*). Man sieht, wie die aus viel dünneren und dichteren Fasern bestehende Geschwulstmasse an der Gränze dickere Fasern aufweist, welche weniger regelmässig gelagert sind und welche immer mehr vorwiegen, bis sie endlich in das wesentlich in anderer Richtung zu dicken Bündeln gelagerte sklerotische oder normale Gewebe der Umgebung übergeht. Die Gefässe sind auch hier von vielen jungen Zellen umgeben (Fig. 2 *b*). Die Epidermis in der Umgebung der Geschwulst geht in die verdünnte papillenlose Decke der Geschwulst derart über, dass zunächst am steilen Abhange derselben (Fig. 2 *c*) die Papillen verlängert und verdünnt in spitzen Winkel zur Oberfläche verschoben liegen (Fig. 2 *d*), — als wenn die Ge-

schwulstmasse sie von der Tiefe her an die Oberfläche gedrückt hätte — und erst auf der Höhe der Geschwulst plötzlich aufhören, wo die Epidermis blos 0·13 Mm. dick ist. In weiten Abständen (von etwa 3 Mm.) finden sich gewöhnlich gerade in die Tiefe verlaufende langgestreckte Haarwurzeln (Fig. 2 *e*) und Talgdrüsen.

Die dichten starren Fasergruppen, welche unmittelbar unter der Epidermis beginnend die Geschwulstmasse zusammensetzen, sind im wesentlichen parallel zur Oberfläche gelagert, doch bilden sie unter sich gewöhnlich sehr spitze Winkel, welche namentlich durch die Lagerung der Gefässe bedingt sind (Fig. 3). Während an der Gränze der Geschwulst die Lymph- und Blutgefässe noch als solche charakterisirt, blos in der Richtung der Fasern ausgezerrt und durch die Anhäufung junger Zellen in der Adventitia verändert sind, verlieren dieselben gegen die Mitte der Geschwulst immer mehr ihren selbstständigen Charakter und imponiren gewöhnlich als niedere, dreieckige (0·015 Mm. bis 0·03 Mm. hohe) Spalten im Gewebe (Fig. 3 *b*), deren zellreiche Wandung allmälig in das Gewebe der Geschwulst übergeht, und deren Lage im Grossen die Faserrichtung bestimmt, doch gehen von derselben schmale Bindegewebszüge aus, die aus breiten, homogenen, glänzenden Fasern bestehen, welche die Faserrichtung der Geschwulst senkrecht kreuzen (Fig. 3 *c*).

Bei stärkeren Vergrösserungen erschliessen sich namentlich Verhältnisse der atrophischen Epidermis, welche ich als Beitrag zum Vorgang der Epithelentartung hier folgen lasse.

Die oberflächlichste Schicht besteht aus einer dünnen, lockeren, nicht gänzlich verhornten Zell-Schicht (Fig. 4 *a*), deren Protoplasma gewöhnlich im fettigen Zerfall begriffen ist und aus im Querschnitt spindelförmigen Zellen zusammengesetzt erscheint (Fig. 4 *b*). Hierauf findet man Zellen, deren Kern geschrumpft (0·004 Mm. Diam.), zackig begränzt, stärker gefärbt erscheint und in einer durch die Schrumpfung entstandenen Vacuole liegt (Fig. 4 *c*). Die Zellen selbst sind noch gross, vieleckig und durch riffelartiges Gefüge vereint. Die tieferen Schichten des Rete Malpighii sind verdünnt, zwischen den Zellen finden sich oft längliche, durch Hämatoxylin intensiv blau gefärbte, buchtig begränzte, 0·002—0·004 Mm. breite und bis 0·008 Mm. lange, augenscheinlich von den riffelartigen Zellen begränzte homogene, glänzende

Körperchen (Fig. 4 *d*), welche nach der unteren Epithelgränze zu immer häufiger werden und hier rings um sich, oder an irgend einer Stelle der Peripherie entsprechend ihren halbkreisförmigen Ausbuchtungen ein oder mehrere hyaline, kaum gefärbte Bläschen aufweisen, welche namentlich an der unteren Epithelgränze derart überhandnehmen, dass ein grosser Theil der untersten Epithelzellen durch kleinere oder grössere Bläschen ersetzt erscheint (Fig. 4 *e*), an deren Wand die beschriebenen buchtigen Körperchen sitzen. Der Papillarkörper ist gänzlich verstrichen (Fig. 2 *f*); die untere Epithelgränze ist entweder scharf ausgesprochen (Fig. 2 *g*) oder, wie namentlich an der Gränze der Geschwulst mehr verschwommen (Fig. 2 *h*). In erstem Falle folgt nun ein dünnes homogen glänzendes Stratum (Fig. 4 *f*), welches aber an vielen Stellen durch unregelmässige, den erwähnten buchtigen Körpern ähnliche Gebilde durchbrochen erscheint (Fig. 4 *g*). Hierauf folgt eine Schicht unregelmässigen grobfasrigen Gewebes, welches aber dennoch die Charaktere des Geschwulstgewebes aufweist und nach unten allmälig in die regelmässig gefaserte Geschwulstmasse übergeht. Stellenweise gehen von der unteren Epithelgränze stumpfe Fortsätze aus, von welchen sich dünne Fortsätze sklerotischen Bindegewebes gerade nach unten senkrecht auf die Faserung der Geschwulst fortsetzen. An solchen Stellen besteht die unterste Epithelschicht aus besonders langgestreckten Zellen, welche sich nach unten in längliche Bindegewebszellen und Bindegewebsfasern fortzusetzen scheinen (Fig. 4 *h*). Die spärlichen wie schon erwähnt spaltförmigen Gefässe der Geschwulst sind hauptsächlich Lymphgefässe, von gequollenen und vermehrten Endothelien ausgekleidet (Fig. 2 *d*), welche sich in dünne Bindegewebsstränge fortsetzen, die von den Gefässen ausgehend, die Geschwulst grösstentheils quer durchsetzen, offenbar obliterirte Gefässe. Die in diese Züge eintretenden Endothelien werden oft spindelförmig. Der Zellreichthum in der Wandung der Gefässe, an welchen man die einzelnen Häute nicht mehr zu unterscheiden vermag, wird theils durch das Auftreten von Gruppen runder Kerne bedingt, die in kleinen Vacuolen oft in Gruppen liegen (Fig. 3 *a*), und die keinerlei Uebergänge zu den spindelförmigen Elementen der Geschwulst zeigen (Fig. 3 *e*).

Ausserdem sind aber auch die Zellen, welche für die Ge-

schwulst charakteristisch sind, hier in grösserer Anzahl und in grösserem Massstabe, oft mehrere Kerne enthaltend vorhanden und gewöhnlich zu mehreren concentrischen Schichten um die Gefässe gruppirt. Besonders zahlreich sind hier auch grosse blasse Kerne und Zellen, welche in gewissen Richtungen Reihen bilden und oft neben den erwähnten Zellhaufen liegen, wahrscheinlich Endothelien und Perithelien (Fig. 3 *f*). An den spindelförmigen Elementen der Geschwulst beobachtet man häufig körnige und beginnende fettige Entartung (Fig. 3 *g*).

Fassen wir nun die anatomischen Verhältnisse der Geschwulst kurz zusammen:

Schon makroskopisch erkennt man unmittelbar unter der verdünnten Epidermis eine weisse, fast homogene, glatte, derbelastische Geschwulstmasse, welche seitlich und nach unten durch ein grobes Netzwerk mit einem graulichen, wieder vielfach verfilzten, weniger derben Gewebe innig verbunden ist, das allmälig in normales Gewebe übergeht. Das Mikroskop erweist exquisite Atrophie der Epidermis unter Bildung eigenthümlicher Bläschen und Kerne, namentlich an der unteren Epithelgränze, mit gänzlichem Schwund der Papillen, aber mit erhaltenen atrophischen Haarwurzeln und Talgdrüsen. Die Geschwülst beginnt unmittelbar unter der Epidermis, wird überall an der Gränze unregelmässig gefasert und mit wuchernden Gefässen versehen. Die Geschwulst besteht aus dichten dünnen Fasern, die wesentlich parallel zur Oberfläche stehen. Ihre Structur ähnelt jener der Sehnen, doch ist das Gewebe zellreicher, die Fasern von beschränkter Länge sind oft zu Spindelzellen individualisirt, die Kerne sind grösser und ausser den Spindelzellen finden sich noch Endothelien, welche grösstentheils obliterirten Gefässen angehören.

Die spärlichen Gefässe der Geschwulst, namentlich die Lymphgefässe sind spaltförmig, von wucherndem Endothel ausgekleidet, von ihnen gehen die Geschwulst quer durchsetzende sklerotische Bindegewebszüge aus. In ihrer Umgebung sind endotheliale Zellen, dann runde junge Bindegewebselemente, welche keine Uebergänge in die Zellen der Geschwulst zeigen, in grosser Anzahl vorhanden, und auch die Geschwulstzellen, welche hier oft schichtenweise angeordnet sind, erscheinen hier, sowie an der Peripherie der Geschwulst voluminöser, zahlreicher, oft mit mehreren Kernen versehen.

Vergleichen wir nun diesen Befund mit den Befunden Langhans' und Kaposi's, so erkennen wir in demselben keine der von denselben präcisirten Formen.

Wir haben es mit einer Geschwulst zu thun, die von einer hypertrophischen Narbe durch die Entstehung, durch den Faserverlauf, die Multiplicität, das Verhalten der Gefässe etc. verschieden ist, welche, da sie entschieden idiopathisch entstanden ist, auch kein Narbenkeloid sein kann, und welche doch vom idiopathischen Keloid der Autoren darin verschieden ist, dass sie zur Atrophie des Epithels führte, was einfach dadurch erklärt werden könnte, dass sie eben sehr nahe zur Epidermis entstanden war, und so stärkeren und intensiveren Druck auf dieselbe ausübte, als in anderen Fällen. Aber auch darin ist dieselbe verschieden, dass das Gewebe der Geschwulst keine scharf begränzte Masse bildet, sondern allmälig durch Vermittlung eines unregelmässig-sklerotischen Gewebes in das normale Gewebe übergeht. Es erscheint demnach die Ansicht gerechtfertigt, dass, sowie sich organische und besonders pathologische Bildungen nicht in starre künstliche Systeme zwängen lassen, auch hier histologische Uebergänge zwischen dem idiopathischen und dem Narbenkeloid angenommen werden müssen, und dass sich aus dem histologischen Befunde nicht immer erkennen lässt, ob ein Keloid ein idiopathisches oder ein Narbenkeloid sei.

Wir wollen darum nicht läugnen, dass es sicher sogenannte spontane, scharf begränzte Formen und andererseits Formen gibt, welche ebenso sicher als Narbenkeloide charakterisirt sind, wie dies Langhans und besonders Kaposi histologisch erwiesen haben, doch müssen wir auch charakteristische Keloide annehmen, welche sicher spontan und multipel aufgetreten waren und dennoch alle so sorgfältig erschlossenen histologischen Gegensätze zwischen dem wahren und dem falschen Keloid ausgleichen.

Solche Fälle hindern uns auch nicht eine spontane und eine aus nachweisbarem Reiz, eine mehr umschriebene und eine mehr infiltrirte Form zu unterscheiden, nur hat man sich immer vor Augen zu halten, dass alle diese Formen nur eine Reihe von Vorgängen im cutanen und vielleicht auch im subcutanen Bindegewebe darstellen, welche dieselben sind, wie die bei der Narbenbildung und dass wir immer das Recht haben, von einem

Keloid zu sprechen, wenn mehr oder minder gleichmässige Neubildung von narbenähnlichem Gewebe, welches in irgend einem Stadium auf ein und derselben Höhe der histologischen Entwicklung bleibt, vom umgebenden Gewebe mehr oder minder abgegränzt zu Stande kommt.

Da das Keloid demgemäss durch einen zusammenhängenden histologischen Vorgang entsteht, und da ferner manche Charaktere des Fibroms und des Sarcoms verwischt würden, wenn man die Keloide denselben beizählen wollte, so scheint es nicht zweckmässig die Gruppe der Keloide zu zersplittern; wir sind berechtigt auszusprechen, dass das Keloid eine Geschwulst sui generis, ein klinisch und histologisch gerechtfertigter Begriff sei. Ebenso wenig ist es gerathen, krebsige Bildungen blos ihrer Form und Genese wegen dem Keloid beizuzählen, da wir es beim Krebs mit der Bildung eines Gewebes zu thun haben, welches keine Uebergänge zur charakteristischen Gewebsreihe des Keloids liefert.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII.

Fig. 1. Fasern und Zellen des Keloids. (Hartn. Oc. 3, Obj. 8.)

a Seitlich zackig begränzte Faser.
b Mit einem durch seitliche Flügelfortsätze b_1 versehenen Kern.
c Ein den Kernen der glatten Muskelfasern ähnlicher Kern.
d Spindelförmige Zelle.
e, *f*, *g* Verschiedene spindelige Fasern.
h, *i* Endothelien.

Fig. 2. Seitliche Begränzung der Geschwulst. (Hartn. camera lucida Obj. 8.)

a Seitliche Gränze des cutanen Bindegewebes zur Geschwulst.
b Zellanhäufung um die Gefässe der Geschwulstgränze.
c Seitliche Epidermisgränze.
d An die Oberfläche gedrängte Papillen des Geschwulstabhanges.
e Haarfollikel.
f Verdünnte Epidermis der Geschwulst.
g Papillenlose untere Epidermisgränze.
h Verwischtsein der unteren Epithelgränze.

Fig. 3.

c a b d b f g e

Fig. 1.

a b e f g c d h i

Fig. 4.

a b c d e f g h

Fig. 2.

h d c f g c e a b

Babesiu: Ein Beitrag zur Histologie des Keloids.

Gez. v. Verf., Lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien.

Fig. 3. Lymphgefässe aus der Geschwulstmitte. (Hartnack camera lucida Object. 10. imm.)

a Leucocyten in der Umgebung der Gefässe.
b Lymphspalten.
c Von denselben ausgehender, die Geschwulst quer durchsetzender Strang.
d Wuchernde Endothelien der Gefässe.
e Spindelförmige Geschwulstelemente.
f Grosse blasse Kerngruppen.
g Verfettende Geschwulstelemente.

Fig. 4. Die atrophische, die Geschwulst überziehende Epidermis. (Hartnack camera lucida, Obj. 10, imm.)

a Oberflächlichste, unvollkommen verhornte Schicht.
b Körnig und fettig zerfallende Zellen.
c In Vacuolen liegende geschrumpfte Kerne.
d Unregelmässige intercellulare Gebilde.
e Vacuolen namentlich an der unteren Epithelgränze.
f Stratum lucidum.
g Dasselbe durchbrechende Elemente.
h Nach unten dringende Bindegewebsstränge.

Zur Behandlung des Lupus.

Von

Dr. Eduard Schiff,

Assistent an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Es liegt in der Natur der Sache und die Geschichte der Therapie liefert uns hiezu zahlreiche Belege, dass jene Krankheiten, die einer erfolgreichen Behandlung bisher den grössten und hartnäckigsten Widerstand entgegensetzten, auch die verschiedensten Heilmethoden ersinnen und in Anwendung bringen halfen. Besonders sind es chronische Krankheiten, oder vielmehr Krankheiten von langer Dauer, die den Tummelplatz der widerstrebendsten Meinungen bilden, und zu verschiedenen Epochen, je nach der Mode, siegte einmal die eine, das andere Mal die andere.

Auf dem Gebiete der Hautkrankheiten speciell gibt es Affectionen, auf die in kaleidoskopischem Wechsel die gesammte interne und externe Dermatotherapie in Anwendung gezogen worden ist. Seit kaum einem Vierteljahrhundert besitzen wir erst eine sogenannte rationelle Local-Therapie der Hautkrankheiten, auf deren Basis weiter zu bauen Aufgabe der neueren Forschung ist. Jeder Fortschritt in dieser Hinsicht ist mit freudiger Genugthuung zu begrüssen und wir müssen ihm unsere Anerkennung umso mehr zollen, wenn er denselben Effect in für den Kranken weniger empfindlicher und schonenderer Weise erzielt.

Zweck gegenwärtiger Zeilen ist es, auf eine schon vor mehreren Jahren von Prof. Auspitz publicirte [1]) verbesserte Behandlungsmethode des Lupus, die aber, wie mir scheint, bisher nicht ge-

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1876 pag. 585 „Ueber die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten.“

nügend beachtet wurde, wieder aufmerksam zu machen, und die durch dieselbe erzielten günstigen Heilresultate durch folgende von mir beobachtete fünf Krankengeschichten als Stichproben aus dem überaus reichen Materiale der dermatologischen Abtheilung der allgemeinen Poliklinik zu illustriren.

Bekanntlich ist es die Absicht, durch die moderne Behandlung des Lupus die neugebildeten Lupusknötchen zu zerstören. Ohne uns über die bisherigen bekannten Methoden zur Erreichung dieses Zweckes des Längeren auszulassen, wollen wir nur accentuiren, dass Hebra die Zerstörung der frischen Knoten in der Regel mit einem zugespitzten Lapis-Crayon vornimmt. Dagegen hat Auspitz die Verätzung mit der Volkmann'schen Stichelung zu verbinden gesucht, indem er den von ihm an dem Volkmann'schen Schablöffel angebrachten Stachel vor jedem Einstiche zur Zerstörung des Lupusknötchens in eine Jodglycerinlösung (Jodi pur. 1·0; Glycerini 20·0) taucht, wodurch er eine gründlichere Zerstörung mit rascherem Heilerfolge und minimaler Schmerzempfindung bewirkt.

Auspitz äussert sich darüber (a. a. O.) folgendermassen:

„Gegen die frischen Lupusknötchen, die als die eigentlichen Lupusherde den Beginn des Processes auf der gesunden Haut, sowie dessen Recidive auf der Lupusnarbe darstellen, gibt uns weder der scharfe Löffel, noch die Stichelungslanze ein entsprechendes Mittel. Es bliebe hier nur der Aetzcrayon als einziges Mittel, der aber in der Regel bei der Menge der auftretenden Knoten nicht ausreicht.

„Ich habe nun in dieser Richtung folgende Methode in Anwendung gebracht:

„Ich lasse einen scharfen Löffel an der Rückseite mit einem pyramidenartigen oder conischen Stachel versehen, und steche damit in die einzelnen Knoten ein, nachdem ich den Stachel in eine ätzende Lösung eingetaucht habe. Bei Lupus verwende ich hiezu Jodglycerin, im Verhältniss von 1 Theil Jod zu 20 Theilen Glycerin."

Meine langjährige Thätigkeit an der allgemeinen Poliklinik setzte mich in den Stand, die bisweilen wahrhaft überraschenden Effecte dieser Behandlungsweise Schritt für Schritt verfolgen zu können.

Diese Behandlung ist in der That dem bisher so beliebten Lapisstifte bei weitem vorzuziehen. Nach einer Richtung jedoch schien mir diese Methode unbequem. Das jedesmalige Eintauchen des Stachels in das Medicament, das ermüdend wirkt, einerseits, andererseits der Umstand, dass beim Einstechen die Flüssigkeit sich nothwendig an der Oberfläche des Knötchens abstreift, und daher nicht in die Stichwunde genügend gelangt, trachte ich dadurch zu vermeiden, dass ich eine kleine Pipette aus Gummi mit einer kurzen Injectionsnadel in Verbindung brachte, wodurch ich in die Lage komme, ähnlich wie beim Schlangenbisse, in dem Momente die Injection auszuführen, in dem ich die Nadel einsteche, ganz abgesehen von der geringeren Schmerzempfindung durch einen Nadelstich im Vergleiche zu der durch einen selbst gracilen Stachel.

Das von Herrn Reiner in Wien nach meiner Angabe verfertigte Instrument besteht, wie gesagt, aus einer etwa 5 Ctm. langen, oben zugeschmolzenen Gummi-Pipette, die unten durch einen Stöpsel aus Hartgummi luftdicht verschlossen ist, in welch letzteren eine etwa $1^1/_2$ Centimeter lange, ziemlich dicke Injectionsnadel eingetrieben ist. Das Instrument dürfte nach meiner Meinung sich auch sonst in allen jenen Fällen verwenden lassen, in denen es sich um tropfenweise subcutane Injectionen handelt.

1. Johanna N., 18 Jahre alt, Dienstmädchen, hat angeblich als Kind an Scrophulose, später an Chlorose und Menstruationsanomalie gelitten. Beim Eintritte in die Behandlung bietet Patientin ein gesundes Aussehen. Halsdrüsen etwas geschwellt. Am linken Vorderarme ein über eigrosses diffuses lupöses nicht exulcerirendes Knötcheninfiltrat. Patientin wurde 2—3 Mal wöchentlich nach der angegebenen Methode behandelt, während sie in der Zwischenzeit Emplastrum hydrargyri applicirte und konnte schon nach drei Monaten aus der Behandlung entlassen werden. Die früher erkrankte Hautpartie zeigte nicht Ein Lupusknötchen, war vollkommen im Niveau der übrigen Hautpartien und präsentirte ein weisses, glänzendes, narbenartiges Aussehen. Ein Jahr später war keine Recidive eingetreten.

2. Olga K., 10 Jahre alt, blass, anämisch, schlecht genährt. Lupus exulcerans auf dem linken Handrücken seit mehreren Jahren bestehend. Reichlich wucherndes Granulationsgewebe, hie und da von verdickter, warzenartig aufgetriebener Oberhaut bedeckt, mit verborkten Geschwüren und auf Narbengewebe neu auftauchenden rothen Tuberkeln abwechselnd, bildet eine apfelgrosse Plaque. Eine ähnliche lupöse Degeneration auf der Innenfläche des linken Vorderarmes. — Das Kind hat geschwollene Lymphdrüsen, aber sonst kräftiges Aussehen und ist gut

genährt. — Dieselbe Behandlung. Dauer derselben 2 Monate. Vollständige Heilung des Lupus auf dem Vorderarme, bedeutende Besserung des Handrückens, so dass alle Geschwüre vernarbt, die Wucherung flach war und nur noch einzelne Knötchen der Behandlung unterzogen wurden. — Patientin blieb aus.

3. Josef S. Fassbinder, 23 Jahre alt, kräftig, angeblich immer gesund gewesen. Sämmtliche Zehen des rechten Fusses von framboesieartigem Lupus hypertrophicus ergriffen. Der Fuss bis an die Knöchel leicht ödematös geschwellt. Behandlung: Stichelung mit Jodglycerin und Emplastr. hydrargyr. Nach drei Monaten war an Stelle der früher erkrankten Hautpartie glattes nicht starres Hautgewebe getreten. Nach $1^1/_2$ Jahren keine Recidive.

4. Anna W., 38 Jahre alt, Fleischhauerswitwe, kräftig, gesund, mit Lupus erythemathosus behaftet, der, beide Wangen und den Nasenrücken ergreifend, die wahre Schmetterlingsform bildet. Die Erkrankung begann angeblich vor fünf Jahren. Auch in diesem Falle wurde die Nase und die linke Wange mit Jodglycerin gestichelt, während die rechte Wange vergleichsweise mit einer Pyrogallussalbe (1 : 10) bedeckt wurde. Beide Methoden hatten sehr guten Erfolg; der Lupus war an den mit Jodglycerin gestichelten Stellen fast geschwunden, auf der rechten Wange war die Affection bis auf die Ausbreitung einer etwa haselnussgrossen Hautpartie reducirt. Ein Jahr lang blieb Patientin aus und stellte sich nach dieser Zeit mit einer leichten Recidive wieder vor, an der sie gegenwärtig seit einigen Wochen mit sichtlichem Erfolge blos nach der Stichelungsmethode behandelt wird.

5. Vor sechs Wochen stellte sich ein 11jähr. Mädchen, Marie K., vor, welches folgenden Status praesens darbot: Allgemeiner Gesundheitszustand befriedigend; dem Alter entsprechend kräftig gebaut. Beide Wangen, die untere Hälfte der Nase, ein Theil der Oberlippe und des Kinns mit Lupus exulcerans behaftet. Zum Theile, besonders auf der rechten Wange durch spontane Heilung, Narbengewebe. Der untere Theil des Nasenknorpels und des Septums fehlen. Affection soll seit Jahren bestehen. Behandlung: tägliche Stichelungen mit Jodglycerin. Schon nach wenigen Tagen sichtliche frappirende Besserung, die bis zum heutigen Tage immer mehr zunimmt. Die rechte Wange ist schon vollkommen lupusfrei; auf der linken Wange und am Kinn sowie an der Oberlippe nur mehr zerstreute Knötchen; auf der Nase hat sich die Affection derart begrenzt, dass man wohl in Kurzem zu einer Erfolg versprechenden Plastik wird schreiten können.

Eine ambulatorische Behandlung bietet der genauen Beobachtung leider grosse Schwierigkeiten, dennoch verschaffte sie mir Gelegenheit, auf Grund meiner bisher gemachten Erfahrungen den Werth der oben angeführten Behandlungsweise des Lupus zu erkennen.

Aus Hofrath Prof. v. Dumreicher's chirurgischer Universitäts-Klinik.

Ein Fall von papillärer Wucherung auf lupösem Boden.

Von

Dr. Maximilian Zeissl,

Operateur an der genannten Klinik.

(Hierzu Tafel IX.)

Ueber wenige Hauterkrankungen ist vielleicht so viel gestritten worden, wie über die von Sauvages unter dem Namen der Framboësie beschriebene Dermatose. Nachdem diese als eine selbstständige Erkrankungsform hingestellte Framboësie namentlich von Kaposi genau studirt und beschrieben ist, ist man allgemein dahin übereingekommen, dass man unter diesem Namen die verschiedensten Krankheitsformen zusammengefasst hat, und dass es am besten ist, diesen Namen als Bezeichnung einer einzelnen bestimmten Erkrankung ganz fallen zu lassen und mit ihm höchstens eine Gruppe von papillären Wucherungen, mögen dieselben durch Syphilis oder Lepra oder irgend eine andere Erkrankung der allgemeinen Bedeckung hervorgerufen worden sein, zu bezeichnen. Eine derartige, auf lupösem Boden entstandene papilläre Geschwulst hatte ich Gelegenheit, im verflossenen Schuljahre an Hofr. v. Dumreicher's Klinik zu beobachten, und will ich dieselbe namentlich wegen des interessanten mikroskopischen Befundes in den nachstehenden Zeilen beschreiben.

W. K., 17 Jahre alt, aus S. in Böhmen gebürtig, wurde am 12. September 1878 im allgemeinen Krankenhause aufgenommen. Derselbe gab an, dass er bis zum Jänner des Jahres 1875 gesund gewesen sei. Zu Anfang dieses Monats bemerkte er in der Haut der

rechten Hinterbacke die Entwickelung einer Geschwulst von der Grösse einer Linse. Die Geschwulst nahm stetig an Grösse zu, und da sich eine ähnliche an der Innenfläche des rechten Oberschenkels zu entwickeln begann, so suchte er ärztliche Hilfe im Wiener k. k. allgem. Krankenhause. Einen Beischlaf hatte der Kranke bis zum Tage seiner Aufnahme noch nie ausgeführt. Der Status praesens vom 12. September 1878 lautet folgendermassen. Der Kranke ist von schwächlichem Körperbau, schlecht genährt. Die Schleimhäute blass, die allgemeine Bedeckung gelblichbraun gefärbt. An der Haut der Brust und des Rückens finden sich zahlreiche Acnepusteln, welche Hauterkrankung bei dem schwächlichen Aussehen des Kranken und seinem sehr schlechten Ernährungszustand als Acne cachecticorum bezeichnet werden muss. Weder an den Genitalien, noch an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle ist irgend ein Zeichen von Syphilis zu sehen. An der rechten Hinterbacke findet sich in der Haut derselben eine nur diese durchsetzende, $1^1/_2$ Ctm. in ihrem Dickendurchmesser haltende, der unterliegenden Musculatur muschelartig aufliegende, auf der Unterlage leicht verschiebbare Geschwulst. Dieselbe ist unregelmässig begrenzt und reicht ihr grösster, 15 Ctm. haltender Durchmesser von der Spina posterior superior bis zum Tuber ossis ischii und lässt sich ihre Gestalt am besten mit der einer hohlen Halbkugel vergleichen, aus welcher ein nach aufwärts sehendes Segment fehlt. Von der Analfurche ist der innere Rand der Geschwulst beiläufig 2 Ctm. entfernt. Die Oberfläche der Geschwulst ist unregelmässig, höckerig, drusig, mit zahlreichen bräunlichweissen Borken bedeckt, an einzelnen Stellen matsche, leicht blutende Granulationen, an anderen Orten den Papillae vallatae der Zunge ähnlich sehende Knoten tragend, welche mit Epidermis und deren Schüppchen bedeckt, eine röthlichviolette Farbe zeigen. Einige dieser papillären Excrescenzen entleeren aus ihrem Centrum übelriechenden Eiter. Das Centrum der Geschwulst ist glatt, anscheinend narbig und röthlichviolett gefärbt. Eine ebensolche kleine, vollständig von einem scharf kreisförmigen Contour umgebene Geschwulst findet sich an der Innenseite des rechten Oberschenkels, welche der Stelle, die vom Hodensack berührt wird, entspricht. Der ganze Process macht den Eindruck, als wie wenn er im Centrum heilen und an der Peripherie weiterschreiten würde. An der Peripherie der kleineren Geschwulst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels bemerkt man, dass sich um den Ausführungsgang eines Talgfollikels

ein röthliches Knötchen entwickelt und dass dasselbe allmälig mit der erwähnten Geschwulst confluirte und sich gleichzeitig aus dem erwähnten Ausführungsgang Eiter entleerte. Die Narbe im Centrum wie die ganze Geschwulst ist haarlos. Die rechtsseitigen Leistendrüsen sind mässig geschwellt.

Was die Diagnose anbelangt, so konnte zunächst wegen der langsamen Entwickelung des torpiden Verlaufes und wegen des Mangels aller anderen auf Syphilis deutenden Krankheitserscheinungen Lues umsomehr ausgeschlossen werden, weil man diese Erkrankung voraussetzend, die exulcerirende Geschwulst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels als zerfallende Papeln hätte auffassen müssen, welche gewiss an dem sie berührenden Scrotum Abklatschungsgeschwürchen (zerfallende Papeln) hervorgerufen hätten.

Man konnte daher nach dem Aussehen der Geschwulst nur mehr an ein bösartiges Neugebilde, zunächst ein Sarkom oder papilläre Wucherung auf lupösem Boden denken. Die mikroskopische Untersuchung eines beiläufig 1 Quadratcentimeter grossen Stückes ergab eine stellenweise sehr beträchtliche kleinzellige Infiltration des Gewebes und erinnerte am meisten an das kleinzellige Rundzellensarkom.

Was nun die Therapie anbelangt, so musste zunächst darauf gesehen werden, ein Weitergreifen der Geschwulst zu verhindern. Es wurde aus diesem Grunde die Peripherie mit dem Thermocauter von Paquelin cauterisirt. Obwohl nun an einzelnen Bezirken Vernarbung des verschorften Gewebes eintrat, schritt doch der Erkrankungsprocess stetig jenseits des Aetzungsschorfes weiter. Ebenso resultatlos blieben Aetzungen mit Chlorzink und Esmarch's Arsenpaste. Um nun zu einer bestimmten Diagnose durch das Mikroskop zu gelangen, wurde am 20. Mai 1879 in der Narkose ein grosses keilförmiges Stück aus der Mitte der Geschwulst bis auf die Musculatur excidirt und die Wunde durch die Knopfnaht vereinigt. Das excidirte Geschwulststück wurde in kleine Partikelchen getheilt und zum Theile in Müller'scher Flüssigkeit, zum Theile in Alkohol gehärtet. Die gesetzte Wunde heilte in wenigen Tagen per primam intentionem. Dieser Umstand gestattete jetzt mit Sicherheit auch eine bösartige Neubildung, wie Carcinom oder Sarkom, auszuschliessen, da man bis jetzt noch nie beobachtete, dass eine Neubildung, aus der man ein Stück excidirte, trotz der sorgfältigsten Naht wieder heilte. Aber jetzt wurde die Diagnose alsbald klar, in der Peripherie der papillären Wucherung entwickelten sich nämlich

charakteristische Lupusknoten. Rehbraune, stecknadelkopf- bis linsengrosse, von einem röthlich gefärbten entzündlichen Infiltrate umgebene Knötchen. Der das Lupusknötchen umgebende Entzündungswall kommt dadurch zu Stande, dass das Lupusknötchen auf die Haut ebenso irritirend wirkt, wie ein Fremdkörper. Da der Kranke sich weigerte, länger im Krankenhause zu bleiben, so wurde er am 5. Juni 1879 entlassen. Die Diagnose musste auf papilläre Wucherung auf lupösem Boden gestellt werden.

Es erübrigt mir nur noch, die mikroskopische Untersuchung des excidirten Hautstückes vorzunehmen. Dieselbe ergab eine stellenweise in Nestern angeordnete kleinzellige Infiltration, wie man sie im lupösen Gewebe zu finden pflegt und wie es namentlich von Lang und Jarisch beschrieben wurde. Ausser dieser kleinzelligen Infiltration fanden sich in einzelnen Präparaten Exemplare von Riesenzellen und waren mitunter die Blutgefässe und die Drüsen namentlich in ihren Ausführungsgängen mit denselben kleinen zelligen Elementen erfüllt. Ausser dem für den Lupus charakteristischen mikroskopischen Befund konnte ich noch eine andere, soviel ich weiss noch nicht beschriebene Veränderung des Gewebes constatiren. Das Gewebe hatte nämlich an einzelnen erkrankten Stellen die Eigenschaft, sich mit Hämatoxylin oder Methylviolett intensiver blau zu färben als das umgebende Gewebe. Sonst war keine nachweisbare Veränderung derartiger intensiver gefärbter Stellen zu bemerken, so dass man dieselben Stellen, sobald als das Präparat wieder entfärbt war, nicht von dem umgebenden Gewebe unterscheiden konnte. Wie die Entfärbung vorgenommen wurde, werde ich später bemerken. Diese intensiv gefärbten Stellen machten den Eindruck, als wie wenn ein stark gefärbter scheibenförmiger oder elliptischer Körper (s. Fig. 1) in dem Gewebe eingebettet läge. Diese Körper, wie ich diese Gewebsveränderung der Kürze halber nennen will, bemerkte ich zunächst an Präparaten, welche ich mit Hämatoxylin gefärbt hatte. Diese Körper hatten, wie gesagt, entweder eine scheibenförmige oder elliptische Form und unterschieden sich von dem Nachbargewebe nicht durch einen scharfen Contour, sondern nur durch ihre intensivere Färbung mit Hämatoxylin. Bald zeigten sich in den Körpern nur sehr wenige zellige Elemente, wie sich dieselben in dem erkrankten Nachbargewebe fanden, bald waren sie wieder vollständig mit

Zellen erfüllt (s. Fig. 1 u. 2), welche theilweise vollkommen rund, theilweise stäbchenförmig waren. Die runden Zellen färbten sich mit Hämatoxylin intensiv violett, während die stäbchenförmigen stärker lichtbrechend waren und eine mehr rothviolette Farbe zeigten. Das Bindegewebe des umgebenden Gewebes tritt in diese Körper ein und durchzieht dieselben, ebenso werden einzelne derselben von Gefässen durchzogen (s. Fig. 3). Was ihre Lage anbelangt, so finden sie sich sowohl hoch oben im Rete Malpighii, als auch in den dem Panniculus adiposus am nächsten gelegenen Partien der Haut. Gleich deutlich wurden die Körper bei Färbung mit Methylviolett. Wenn ich einen Schnitt, welcher mit Hämatoxylin oder Methylviolett gefärbt solche Körper zeigte, durch Zusatz von Essig- oder Salzsäure, oder die Methylviolett-Präparate mit Alkohol unter dem Mikroskope entfärbte, so liess sich der entfärbte Körper von dem umgebenden ebenfalls entfärbten Gewebe nur durch einen kaum merklichen, wenn man so sagen darf hingehauchten, der Grenze des Körpers entsprechenden Contour unterscheiden. Die Andeutung dieses Contours war aber eine so schwache, dass man auf denselben, wenn man das Präparat nicht zuvor gefärbt gesehen hätte, sicher nicht aufmerksam geworden wäre. Färbte ich ein derartiges Präparat neuerdings mit Hämatoxylin oder Methylviolett, so traten die Körper sofort wieder deutlich zu Tage. Um zu sehen, ob auch auf die Carmin- oder Eosinfärbung die Körper deutlich werden, entfärbte ich in Hämatoxylin gefärbte Präparate und färbte sie wieder in Carmin oder Eosin. An solchen Carmin- oder Eosinpräparaten liess sich von den Körpern keine Spur erkennen. Ich zerlegte das Hautstück, in welchem ich zuerst diese Körper gefunden hatte, vollständig in mikroskopische Schnitte und färbte dieselben zum Theile in Methylviolett, zum Theil in Hämatoxylin. Ich stiess dabei alsbald auf eine Reihe von Präparaten, in welchen sich Körper fanden, welche zum Unterschiede von den oben beschriebenen einen ganz scharfen Contour zeigten, sich mit den genannten Farbstoffen ebenso schwach wie das umgebende Gewebe färbten und ein eigenthümliches glasiges Ansehen zeigten.

Es liegt also der Gedanke nahe, dass wir hier eine Erkrankung des Gewebes vor uns haben, welche bewirkt, dass sich dieses auf umschriebenen Stellen mit Hämatoxylin und Methylviolett

intensiver färbt wie das umgebende Gewebe. Da die scharfcontourirten glasigen Körper vollständig in ihrer Form mit den sich intensiv färbenden übereinstimmen, so liegt die Vermuthung sehr nahe, dass dieselben nur verschiedene Stadien ein und derselben Erkrankung sind. Fragen wir uns nun, für welche Erkrankung der mikroskopische Befund am meisten sprechen würde, so müssten wir sagen für die colloide Degeneration. Da aber bisher über die colloide Degeneration nur verhältnissmässig wenig bekannt ist und namentlich noch keine ausgedehnte colloide Erkrankung eines Gewebes beschrieben und beobachtet wurde, so muss ich mich über diesen Punkt mit der grössten Reserve aussprechen. Ich muss dies umsomehr thun, als für die colloide Degeneration noch keine mikrochemische Reaction existirt und für dieselbe nur die schwache oder gar nicht eintretende Färbung mit Hämatoxylin und das Nichteintreten der Amyloidreaction (namentlich der Jodschwefelsäure-Reaction) als charakteristisch hingestellt wird. Um über diesen Widerspruch hinwegzukommen, müsste man sich eben entschliessen anzunehmen, dass sich das entwickelnde Colloid intensiv mit Hämatoxylin und Methylviolett färbt, mit seiner fortschreitenden Entwickelung aber diese Eigenschaft wieder verliere. Als Stütze meiner Vermuthung kann ich nur anführen, dass Prof. Lang in Innsbruck colloide Massen im Lupus gesehen hat.

Ich beschränke mich also darauf, die oben angeführten mikroskopischen Befunde zu constatiren. Dieselben genau zu deuten, bin ich nach meinen bisherigen Untersuchungen nicht im Stande.

Erklärung der Tafel IX.

Figur 1. Hämatoxylinpräparat. Mehrere Körper theils mit, theils ohne Kerne. Ocul. Nr. I. Objectiv Nr. 7.

Figur 2. Körper von zahlreichen Kernen erfüllt. Ocul. Nr. 2 Obj. Nr. 8.

Figur 3. Körper mit wenig Kernen, welcher von einem Blutgefässe und aus dem benachbarten Gewebe eintretenden Bindegewebe durchzogen wird. Ocul. Nr. 3 Object. Nr. 8.

Figur 4. Ein Präparat, das zunächst mit Hämatoxylin gefärbt die Körper zeigte, mit Salzsäure unter dem Mikroskope entfärbt und dann neuerlich mit Carmin tingirt wurde. Die Körper sind nur durch einen undeutlichen Contour vom Nachbargewebe geschieden. Ocul. Nr. 1 Obj. Nr. 7.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Zeissl: Papilläre Wucherung auf lupösem Boden.

Ueber das Rhinosklerom.

Von

Dr. Otto Schmiedicke

in Berlin.

Von dem Jahre 1870 an finden wir in der Literatur für Hautkrankheiten mehrere Aufsätze über eine eigenthümliche celluläre Neubildung an der Nase, für welche Hebra zuerst den Namen Rhinosklerom gebraucht hat.

Die einzelnen Fälle, welche der Beobachtung Hebra's zugänglich waren, hatten vollständig übereinstimmende Symptome ergeben, so dass er sich sowohl wegen des constanten Sitzes an der Nase und deren nächster Umgebung, als auch wegen der typischen Eigenthümlichkeit der Erscheinungen berechtigt glaubte, dieses Hautleiden als ein Uebel sui generis zu betrachten.

Hebra gebührt demnach das Verdienst, das Leiden zuerst als ein selbstständig eigenartiges beschrieben und benannt zu haben.

Ein sehr charakteristischer Fall von Rhinosklerom, welcher in der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Breslau meiner Beobachtung zugänglich war und den mir zu überlassen der Director dieser Klinik, Herr Prof. Oscar Simon, die grosse Güte hatte, sowie der Umstand, dass bis auf eine einzige Beobachtung eines italienischen Arztes sämmtliche Veröffentlichungen dieser sehr seltenen Nasenaffection von der Wiener Schule ausgingen, sind die Veranlassung der vorliegenden Schrift.

In die Literatur des Rhinoskleroms werden wir eingeführt durch einen Aufsatz, welchen Hebra in der Wiener medicinischen Wochenschrift (Jahrgang 1870) veröffentlichte, nachdem er an neun Fällen — von welchen später zwei widerrufen wurden, nachdem sie sich als ein anderes Hautübel erwiesen hatten — das zu

erörternde Hautleiden beobachtet hatte, also genügendes Material zu seinen Studien darüber besass.

Mit folgenden Worten leitet er den genannten Aufsatz ein:

„Um sich ein Bild von dem eigenthümlichen Neugebilde zu machen, stelle man sich eine derbe syphilitische Sklerose des Praeputium penis in optima forma vor, und transplantire dieselbe im Gedanken theils auf die Gebilde der äusseren Nase, und zwar in einem Falle auf die Nasenflügel, in einem anderen auf den Nasenrücken, theils auf die die Nasenhöhle begrenzenden Schleimhautflächen, oder endlich auf die Haut der die Nase umgebenden Stellen, als Oberlippe, Wange und Stirnglatze.“

Sodann betont Hebra die scharfe Begrenzung der flach über das Niveau hervorragenden Geschwulst, deren Färbung von der normalen Hautfarbe bis zur dunkelbraunrothen variire und resumirt nach kurzer Skizzirung einzelner Fälle und Erörterung seiner Therapie — worauf wir später noch zurückzukommen haben — die den von ihm beobachteten Fällen gemeinsamen Charaktere in folgenden acht Punkten:

1. Constanter Sitz an der Nase und nebenbei, manchmal auch in deren nächster Circumferenz.
2. Absonderliche Härte der ergriffenen Stellen.
3. Höchst langsame Entwickelung des pathologischen Produktes, das in Gestalt theils elfenbeinharter dunkelbraunrother Knoten und Knollen, theils in Induration des normal aussehenden Gewebes auftritt.
4. Scharfe Begrenzung dieser Induration und Mangel von Oedem oder entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung.
5. Mangel jedweder sichtbaren Metamorphose des Neugebildes, da dasselbe weder zerfällt und ulcerirt, noch erweicht und resorbirt wird.
6. Unwirksamkeit jeder innerlichen Behandlung, selbst mittelst der kräftigsten Agentien.
7. Gefahrlosigkeit für den übrigen Organismus, selbst bei jahrelangem Bestehen des Uebels.
8. Unempfindlichkeit und Schmerzlosigkeit, wenn die kranken Stellen unberührt bleiben, dagegen aber heftige Schmerzen, wenn man die dunkelrothen harten Knoten drückt.

Der histologische Befund, denn wir später noch zu erwähnen haben, sowie einige Worte über das Wesen des Rhinoskleroms beschliessen diese erste Veröffentlichung Hebra's. Ausführlicher behandelt bald darauf Kaposi das Thema im zweiten Theil des III. Bandes von Virchow's specieller Pathologie und Therapie (p. 288 fg.).

Exquisit chronisch verlaufend beginnt die Krankheit mit einer Verdickung und Verhärtung der Haut, zumeist an der häutigen Nasenscheidewand, oder dem Rande eines Nasenflügels, von dem ausgehend die Auftreibung in verschiedenen Richtungen an Ausdehnung zunimmt, die Contouren des Naseneinganges in sehr charakteristischer Weise verunstaltend, indem die Nasenflügel aufs äusserste nach auswärts gedrängt werden, während sich die Nasenspitze der Oberlippe nähert, so dass man den Anblick einer platt und breit gedrückten Nase erhält.

Durch das Entgegenwachsen der knorpelharten Massen vom Septum und den Nasenflügeln her tritt bald eher, bald später ein vollständiger Verschluss der Nasenhöhlen ein. Die Härte der so verunstalteten Nasenflügel gestattet keine künstliche mechanische Annäherung derselben. Die ganze Umrandung der Nase ist wie in Elfenbein geformt.

Die Veränderungen der Oberlippe markiren sich meist in harten runden Platten, mit dem Finger deutlich abgrenzbar, wenn auch äusserlich nicht recht sichtbar. Die Veränderungen der Knochen sind minimale, ganz seichte Excoriationen sind das Höchste. Durch Aetzung erreicht man keine Ulceration, sondern nur eine aus exsudirtem Serum gebildete Kruste, die sich nach wenigen Tagen überhäutet.

Es scheint, dass etliche Fälle von Rhinosklerom unter anderen Diagnosen schon vor Hebra in der Literatur vorkommen.

Eine Bemerkung O. Weber's aus dem Jahre 1866 gibt vielleicht dieser Annahme einen thatsächlichen Anhalt. In dem Kapitel über Geschwülste [1]) spricht nämlich Weber über eigenthümliche Schleimhauthypertrophien, welche man als Perisarcom der Nasenlöcher bezeichnen könne.

[1]) Pitha, Billroth, Handb. d. allg. Chirurgie. I. Bd. p. 209.

„Sie haben“ — sagt Weber — „eine grob papilläre Oberfläche, sehen graugelblich aus und bestehen aus jungem, wucherndem Bindegewebe, in welches die hypertrophischen Drüsen eingebettet sind. Sie theilen die Eigenschaften der tiefer sitzenden Schleimpolypen und gehen unmittelbar aus der Uebergangshaut der Nasenlöcher hervor. Sie gleichen den Perisarcomen der weiblichen Urethra und scheinen sehr selten zu sein, da ich ihrer nirgends erwähnt finde, obwohl ich zwei solcher Fälle zu operiren hatte. Man muss sie rings mit dem Messer abtragen und durch Einlegung von Bleiröhrchen für die Offenhaltung der Nase Sorge tragen.“

Ferner macht Weinlechner [1]) auf die unter dem Namen Rhinophyma geführte Abbildung im Hebra'schen Atlas aufmerksam mit der Bemerkung, dass dies ein sehr schöner Fall von Rhinosklerom, der erste der sieben Fälle sei, die er bisher beobachtet habe. Dieser Fall wurde im Jahre 1860 als specifisch aufgenommen und demgemäss behandelt, jedoch ohne Erfolg. Die Geschwulst an der Nase bestand 13 Jahre und die Breite der höckerigen Nase war $2^1/_2$ Zoll. Erst später, nachdem Hebra mehrere Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, und seinen Befund über das nunmehr so benannte Rhinosklerom im Jahre 1870 veröffentlichte, konnte man auch als ein solches das Rhinophyma betrachten.

In demselben Jahre (1870) stellte übrigens Hebra in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte einen Fall vor, bei dessen Anblick mehrere Chirurgen äusserten, dergleichen Affectionen schon gesehen zu haben.

Hebra selbst gibt auch in seiner ersten Veröffentlichung an, durch einen Fall von Rhinosklerom, den er in Behandlung hatte, an einen ähnlichen erinnert worden zu sein, den er bereits im Jahre 1852 in Paris an einer älteren Dame gesehen hatte, welche trotz der günstigen Vermögensverhältnisse, welche ihr die Benützung sämmtlicher Koryphäen der Wissenschaft gestatteten, ihr Uebel bis zu ihrem im hohen Alter erfolgten Lebensende behielt.

Einige Krankengeschichten, welche ich der Literatur entnahm, mögen dazu dienen, das Bild vorzüglich nach der klinischen Seite zu erweitern. Mikulicz [2]) gibt drei Fälle wieder, von denen der

[1]) Siehe dieses Archiv 1872.

[2]) Archiv f. klin. Chirurgie von v. Langenbeck 1877.

eine, ein 52jähriger Handelsmann aus der Bukowina, bereits 16 Jahre vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus an der inneren Seite des linken Nasenflügels ein Knötchen bemerkte, welches durch sein Wachsthum dem Patienten schliesslich Beschwerden verursachte, die ihn ärztliche Hilfe aufzusuchen hiessen.

Da sich schon beim Beginne der Erkrankung Veränderungen des weichen Gaumens gezeigt hatten, wurde die Diagnose auf Syphilis gestellt; die demgemäss eingeleitete Behandlung war vollständig erfolglos; im Gegentheil, die Entartung schritt langsam fort. Es wurde die Nasenspitze, der rechte Nasenflügel und der mittlere Theil der Oberlippe hart, braunroth.

Die Nasenlöcher verwuchsen vollständig. Luft durch dieselben zu holen, wurde unmöglich. Vor dem vollständigen Verschluss der Nase hatte der Process auch auf die nächsten Partien der Wangen und die Seitentheile der Oberlippe übergegriffen. Auch die Unterlippe blieb nicht verschont und zwar wurden die äusseren Theile von den Mundwinkeln her befallen. Hier drohte nun ein vollständiger Verschluss der Mundhöhle einzutreten, die Mundöffnung wurde immer enger, die Ränder immer unnachgiebiger; dieser Zustand hatte ihn bewogen, in der Klinik Billroth's Hilfe zu suchen.

Die auf Wunsch des Patienten unternommene Operation hatte den Zweck, die Nasenlöcher wieder herzustellen und die Mundöffnung zu erweitern. Vierzehn Tage darauf wurde Patient mit folgendem Status entlassen:

Mundspalte von normaler Weite, an den Winkeln etwas nach abwärts gezogen. Unterlippe weich und nachgiebig. Die Nasenlöcher liegen den eingeführten Bleiröhren eng an. Athemholen war gleich nach der Operation ermöglicht. Was noch die Mundhöhle betrifft, so war der harte Gaumen in der Mitte von unregelmässigen Narben durchsetzt, welche nach hinten zum weichen Gaumen verlaufen und in die daselbst sichtbaren Narben übergehen. Uvula fehlt. Der Rest des weichen Gaumens ist von einem sehnig glänzenden resistenten Rande eingefasst.

In einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 24. October 1879 erwähnt Billroth einen Fall, der dem eben geschilderten identisch zu sein scheint, und zwar betrifft er ein Rhinosklerom der Nase, Oberlippe und Mundwinkel, bei dem etwa

alle 2 Jahre die Stomatoplastik ausgeführt werden muss, um die immer wieder eintretende Stenose zur Mundöffnung zu beseitigen. Er wurde zur Erwähnung dieses Falles bewogen durch seine Ansicht über das Wesen des Rhinoskleroms; wir haben darauf noch zurückzukommen.

Ein zweiter Fall, der im Jahre 1872 von Geber[1]) beschrieben und vorher von Kaposi erwähnt ist, betrifft eine 25-jährige Magd aus Mähren, welche über die Veranlassung ihres Leidens keine nähere Auskunft zu geben vermochte.

Seit 3 Jahren konnte sie nur mit offenem Munde athmen. Im Laufe dieser Zeit bemerkte sie auch Schmerzen beim Verschlucken härterer Speisen. Nach den Aussagen der Patientin ist anzunehmen, dass die Affection an der Nase früher bestand.

Die Aufnahme erfolgte am 2. August 1871. Das Aussehen und Allgemeinbefinden derselben ist sehr gut; Genitalien rein, virgo intacta.

Die wegen Verdachtes auf Syphilis eingeleitete Cur war erfolglos; erst nach localem Gebrauch von Lapis infern. änderte sich der Zustand so weit, dass die Nase für die Respiration frei wurde, und die Schmerzen beim Schlucken aufhörten. Patientin wurde am 3. October 1871 gebessert entlassen, wurde aber ambulant behandelt, was jedoch durch eine Erkrankung an Typhus unterbrochen werden musste, so dass nach der Genesung vom Typhus der alte Zustand wieder eingetreten war.

Gegen Ende December 1872 kam sie in Behandlung Hebra's. Der Status ergibt wie vorher den sklerosirten Nasenrücken, die Unmöglichkeit der Annäherung der Nasenflügel an die Scheidewand. Die Uvula ist verkümmert und wenig beweglich. An den Gaumenbögen und an der hinteren Rachenwand befinden sich protuberanzenartige Bildungen. Der harte Gaumen und vordere Theil des weichen Gaumens sind verschont. Ein ulceröser Process ist nirgends zu bemerken. — Soweit berichtet Geber über diesen Fall; die weiteren Notizen entnahm ich einem Aufsatze von Mikulicz.

Die Behandlung geschah mit Arg. nitr. nach vorheriger Excision, nebst Erweiterung beider Nasenlöcher mittelst Pressschwammes; für einige Wochen war somit der Zustand wieder etwas erträglicher; am 10. Febr. 1873 wurde sie wieder aufgenommen, ihr Zustand war der

[1]) Dieses Archiv 1872.

bei der ersten Aufnahme, dieselbe Behandlung ermöglichte eine Besserung, worauf die Entlassung erfolgte. Am 11. September des folgenden Jahres, also etwa 15 Monate nach zuletzt erfolgter Entlassung, liess sie sich wieder aufnehmen und zwar in die Klinik Billroth's.

Der Zustand der Patientin war insofern ein weit schlimmerer, als der Isthmus faucium durch die Infiltration des weichen Gaumens und seiner Umgebung sich auf die Hälfte seiner früheren Weite reducirt hatte.

Die Hoffnung, durch innerliche Verabreichung von Arsen und parenchymatöse Injectionen von Sol. Fowl. die Infiltration energisch angreifen zu können, bestätigte sich nicht, trotz einer fünf Monate lang fortgesetzten Behandlung. Es wurden daher wieder mit scharfen Instrumenten die Wucherungen in den Nasenhöhlen möglichst entfernt und die Tamponade mit Liqu. ferri angewandt. Die in Folge dieser Operation nicht wegsamer gewordene Nasenhöhle wurde nun nach der Mundhöhle hin genau untersucht und es zeigte sich eine vollständige Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. Die einfache Trennung der starren Gewebe genügte nicht, die Schnittflächen wichen nicht auseinander, so dass sich Billroth zur Excision eines Streifens aus dem weichen Gaumen genöthigt sah. Die Communication war darnach hergestellt, in zwölf Tagen erfolgte die Heilung. Der Erfolg der Operation war jedoch hinsichtlich der Wegsamkeit der Nasenhöhlen ein vorübergehender, indem sich die Löcher von Tag zu Tag verengerten und das Einlegen von Bleiröhren erheischten. Eine hinzugekommene Schwangerschaft scheint die Wucherung in der Nase sehr begünstigt zu haben, indem dieselbe sehr anschwoll und harte Wucherungen um die Bleiröhren herum hervorwuchsen. Nach der normal verlaufenden Geburt und dem Wochenbett liess sich die Kranke wieder aufnehmen. Es wurde eine ausserordentliche Ueberhandnahme der Infiltration constatirt, welche einen operativen Eingriff nöthig machte.

Auffallend erscheint es bei diesem Falle, dass fast ein Jahr nach der oben erwähnten Excision eines Streifens aus dem weichen Gaumen ein Zusammenwachsen desselben nicht stattgefunden hatte.

Ein dritter von Geber mitgetheilter Fall betrifft einen 22jährigen Maurer aus Mähren, der den Anfang seines Leidens auf einen Schlag zurückführt, den er in seinem 14. Lebensjahr auf die Nase erhielt. Beginnend mit sich immer erneuernden Borkenbil-

dungen trat nach und nach eine Verengerung der Nasenhöhlen ein, die ihn zur Aufnahme ins Krankenhaus nöthigte.

Auch hier ward die erste Diagnose auf Syphilis gestellt, jedoch ebenso erfolglos wie in früheren Fällen behandelt. Patient erkrankte während seines Aufenthaltes im Krankenhause an den Blattern und endete letal. Es war dies ein Fall, bei welchem das Rhinosklerom auf die Oberlippe übergegriffen hatte, während die Schleimhaut der Mundhöhle normal war. Allgemeinbefinden war gut, Aussehen frisch. Die Excision eines Stückes aus den mit der Neubildung erfüllten Nasenhöhlen ermöglichte die mikroskopische Untersuchung, auf welche wir noch zurückkommen werden.

Ein vierter Fall, auch von Geber mitgetheilt [1]), betrifft eine 30jährige Kaufmannswitwe aus Galizien, welche schon in ihrem 15. Lebensjahr ohne erinnerliche Veranlassung eine Verdickung des Nasenrückens bemerkte, mit zunehmenden Athmungsbeschwerden.

Operative Eingriffe hatten vorübergehende Erfolge, nach und nach wurde auch die Mundhöhle ergriffen und zwar der Zahnfächerfortsatz und die Lippenschleimhaut, so dass diese von dem ersteren nicht mehr abhebbar war. Ein Geschwürsprocess war auch hier nirgends zu erkennen. Allgemeinbefinden gut. Functionen der übrigen Organe normal.

Noch weitere zwei Fälle beschreibt Hebra jun. [2]), die im Wesentlichen dieselben Erscheinungen darboten.

Der erste Fall, eine 21jährige Wärterin, zeigte die beiden Nasenhöhlen ausgefüllt von einer derben, leichtblutenden, von mehr weniger normal aussehender Schleimhaut bedeckten Neubildung, welche jede Durchgängigkeit aufgehoben hatte. Das Gebilde reicht im Nasenrachenraume so weit herunter, dass es hinter dem Velum sichtbar wurde und auch dort eine vollständige Obturation herbeigeführt hatte. Im Uebrigen ist das Aussehen der Patientin vortrefflich. Die übrigen Organe functioniren normal, Aetzungen und Excisionen hatten nur vorübergehende Erfolge.

Der Zustand des zweiten Patienten war diesem sehr ähnlich, nur waren die Nasenhöhlen von der Wucherung noch mehr ausgefüllt. Dieselbe Nutzlosigkeit jeder Medication.

[1]) Diese Vierteljahrsschrift 1876.

[2]) Ebenda 1875.

In neuerer Zeit stellte Jarisch[1]) in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien eine 41 Jahre alte Frau vor, die seit sieben Jahren an Rinosklerom leidet. Die Neubildung greift von der Nase, die in ihrem ganzen knorpeligen Antheil ergriffen erscheint, auf die Oberlippe über und durchsetzt dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung. Der weiche Gaumen fehlt ganz und ist durch Narbengewebe durchsetzt. Die Communication zwischen Nase und Nasenrachenraum ist auf eine federkieldicke Oeffnung reducirt. Der Larynx ist stenosirt, die Stimmbänder sind nur wenig beweglich, grauroth, höckerig, uneben.

Ausser diesen von der Wiener Schule mitgetheilten Fällen sind noch von Tanturri in Neapel und Theobaldo Ricchi je ein Fall beschrieben worden, der letztere wird von Mikulicz als Rhinosklerom angezweifelt. Der erstere ist wegen der Deutung des Beobachters interessant, wir kommen auf ihn noch bei der Frage nach dem Wesen der Affection zurück. Die englische und französische Literatur bringt keine eigenen Beobachtungen. Hier und da findet man übersetzte Mittheilungen aus dem Aufsatze von Hebra.

Was nun unseren vorliegenden, auf der Klinik des Herrn Prof. O. Simon in Breslau beobachteten Fall betrifft, so wird die Ausführlichkeit in der Angabe der einzelnen Daten vielleicht durch das Interesse entschuldigt, welches gegenüber dem Umstande, dass alle bisherigen Beobachtungen über diese seltene Krankheit von der Wiener Schule ausgingen, den Verfasser dieser Schrift zur Veröffentlichung eines Falles bestimmten, der meines Wissens in Deutschlands Grenzen als erster seiner Art beobachtet ist.

Es handelt sich um eine 28jährige Bäckerstochter aus Patschkau (Schlesien), nach deren Angabe im Jahre 1871 beiderseits Schwerhörigkeit mit gelblichem Ausfluss bestand; diese Beschwerden verloren sich nach 3 Jahren. Ein Jahr später (also 1875) soll sich nach Angabe des dortigen ordinirenden Arztes in der linken Nasenbeingegend ein Polyp befunden haben, nach dessen Exstirpation die Athmungs- und Sprachbeschwerden schwanden. Im Juli 1876 fanden sich „polypöse Geschwülste“ (der ordin. Arzt) am unteren Theil beider Nasenhälften. Die Exstirpation nebst nachfolgender Aetzung machte zwar die Beschwerden beim Athmen und Sprechen schwinden, Patientin

[1]) Wiener med. Presse Nr. 44. 1879.

hatte jedoch immer das Gefühl eines fremden Körpers zwischen der Nasenscheidewand und den Nasenflügeln. Allmälig stellte sich auch wiederum eine Anschwellung der Nase ein, der sich eine Entzündung des linken Auges zugesellte. Eine im December desselben Jahres eingeleitete Cur, welche durch die Vermuthung einer skrophulösen Diathese indicirt schien — bestehend in Jodkali und Eisenleberthran — hatte zwar angebliche Besserung zur Folge, wurde jedoch von der Patientin ausgesetzt, da sie dieselbe nicht vertrug. Seit dieser Zeit, also Anfang 1877, brauchte Patientin nichts, die Wucherungen nahmen sehr rasch zu, so dass Patientin am 20. Mai 1879 die Klinik des Prof. Simon aufsuchte.

Die Inspection ergab Folgendes:

Die Nase ist in ihrer unteren Partie auffällig verbreitert, bis zur Breite von 5 Ctm. Die Haut an ihrer Oberfläche unverändert, nur die untere Hälfte des rechten Nasenflügels ist livid gefärbt. Die Nasenscheidewand sehr breit und abgeplattet. Die Nasenlöcher sind durch eine mit dünnen, leicht abnehmbaren, gelben, bisweilen gelbbraunen Schorfen bedeckt, unter denen sich eine nässende Oberfläche verbirgt. Diese Massen verstopfen den Eingang in die Nasenlöcher total, doch gelingt es leicht, mit einer stumpfen Sonde diese Massen zu durchbohren. Die ganze Geschwulst fühlt sich elfenbeinhart an, verursacht das Gefühl der Spannung und ist spontan schmerzlos. Bei Betrachtung des Mundes fällt die eigenthümliche starre Unbeweglichkeit des gesammten weichen Gaumens auf. Derselbe fühlt sich ebenso fest und derb an, wie die Geschwulst der Nase. Bei der Phonation ist die Beweglichkeit des weichen Gaumens eine minimale. Es besteht eine Verschmelzung der Uvula und beider Arcus palatoglossi und glossopharyngei zu einer gleichmässig unbedeutend hervorgewölbten Masse, auf ihrer Oberfläche weisslich belegt, ohne besondere Schmerzhaftigkeit beim Sprechen oder Schlingen. Der Nasenrachenraum ist nicht auffällig verengert, doch ist eine Rhinoskopie von hinten her vorzunehmen unmöglich. Unter stetem Gebrauch von Solut. arsen. Fowl. scheint eine Erweichung eingetreten zu sein, doch ist die Geschwulstmasse unterhalb des Sept. narium zwischen diesem und Oberlippe durchgewuchert und hat das Septum und die ganze Nase nach oben emporgehoben. Am 3. Juli 1879 wurde die Exstirpation eines keilförmigen, kleinhaselnussgrossen Stückes aus dem Nasenloch gemacht, wodurch Material zur später zu besprechenden histologischen Unter-

suchung geliefert wurde. Es fiel beim Einschneiden ein Knirschen des Messers und die grosse Härte der Geschwulstmassen auf.

Auf Wunsch der Patientin erfolgte am 23. Juli die Entlassung mit folgendem Status: Die Nase zeigt an ihrer Aussenfläche eine normale Haut, während die Innenfläche von der Neubildung eingenommen ist, welche auch die Hälfte des Septum narium cutaneum occupirt. Die Alae nasi sind auseinandergeworfen, deren grösste Breite ist 5 Ctm. Die linke Hälfte ist stärker als die rechte, die Nasenhöhlen sind von den wuchernden Massen auf der rechten Seite ganz ausgefüllt, auf der linken Seite fehlt das keilförmig excidirte Stück. Die Oberfläche des Tumors ist braunröthlich glänzend, von einer feuchten, weisslich gelben Flüssigkeit bedeckt, die stellenweise zu Borken eingetrocknet ist. Die Ränder des Tumors sind scharf begränzt, an der äusseren Gränze zeigt sich eine neugebildete hellrosafarbene Ueberhäutung. Die Alae nasi und der Nasenrücken fühlen sich elfenbeinhart an, während die nässenden Stellen etwas weicher sind. Auf der Oberlippe nimmt der Tumor das obere Drittheil ein und endet hier mit einer wallartigen Prominenz. Der Zustand im Innern des Mundes ist insoweit verändert gegen die erste Inspection, als die Uvula gänzlich fehlt; man fühlt rechts und links an der früheren Anheftungsstelle derselben zwei feste elfenbeinharte, säulenartige Bildungen, in die Tiefe, nach dem Pharynx hinuntergehend, etwa einen Zoll lang. Die Oberfläche dieser Bildung ist glatt, mit einem weisslich rothen Epithel bedeckt. Schmerzen sind nirgends vorhanden. Es gelingt bei der Exspiration sehr mühsam durch die linke Nasenhälfte etwas Luft zu drängen.

Patientin wurde mit der Anweisung entlassen, Sol. Fowl. innerlich zu nehmen und local Watte mit Ungt. pyrogallicum (Acid. pyrogall. 9,0 Vaselin. 45,0) aufzulegen. Am 29. September, also nach drei Monaten, stellte sich die Patientin wieder vor.

Die Inspection ergibt heute eine bedeutende Verkleinerung der Nase nach allen Dimensionen. Der grösste Querdurchmesser zeigt gegen früher eine Abnahme von einem halben Centimeter. Am auffallendsten ist jedoch das Herabsinken der Nasenspitze auf die Oberlippe. Namentlich ist die rechte Nasenhälfte, welche in geringerem Masse und später intumescirt ward, auffallend flach und die Furche zwischen Nasenflügel und seitlichem Nasendach sehr wenig ausgeprägt im Verhältniss zum linken. Die Farbe der mit Haut bedeckten Partie

ist eine mattrothe, der frühere livide Schimmer ist total verschwunden. Jede der beiden Nasenöffnungen bildet einen Kegel von 1 Ctm. Höhe, eine schliessliche Oeffnung in die Nasengänge ist nicht sichtbar, jedoch ist bei einer starken Exspiration links ein Ausströmen der Luft vorhanden. Das Septum ist noch stark verbreitert und geht ohne Trennung in die normale Oberlippe über. Die Palpation ergibt die frühere Elfenbeinhärte, jedoch sind die beiden Nasenflügel leicht beweglich über ihrer Unterfläche. Die offen zu Tage liegenden Flächen der Naseneingänge sind oberflächlich granulirend, mit einem guten Epithelsaum umrandet, der Zustand im Halse ist unverändert, die Uvula fehlt vollständig, die Gaumenbögen beiderseits sind in eine grauweissliche, starre, glänzende, ebenfalls harte resistente Masse verwandelt, die auch bei der Phonation vollständig unbeweglich bleibt, nur das Gaumensegel zeigt eine leichte Hervorwölbung beim Sprechen. Eigentliche Schlingbeschwerden hat die Patientin nicht, nur ist sie genöthigt, alles sehr klein vertheilt hinunterzuschlingen; scharf reizende Substansten, z. B. Glühwein verursacht der Patientin Schmerzgefühl und vorübergehende Athemnoth. Die Sprache ist näselnd.

Nach kurzer Vorstellung reiste die Patientin wieder ab, um sich am 18. October 1879 aufnehmen zu lassen. Von da ab wurden die zugänglichen Stellen täglich mit Unguentum pyrogallicum geätzt, nachdem durch vorherige Excision eines kegelförmigen Stückes aus den Nasenhöhlen Raum für die aufzulegenden Wattetampons geschaffen war. Diese Behandlung ergab im Verlauf von 10 Wochen ein ausserordentlich günstiges Resultat, indem die Wucherungen innerhalb der Nasenhöhlen allmälig verschwanden und schliesslich eine Communication mit dem Nasenrachenraum zuliessen. Sehr wichtig erscheint das Schwinden der „Elfenbeinhärte" der Nasenflügel; dieselben fühlen sich weich an, die Nase nach allen Dimensionen bedeutend verschmächtigt und fast zur Norm zurükgekehrt; besonders auffallend waren einem hiesigen Hospitalarzt die Veränderungen der Nase, welcher die Patientin nach ihrer ersten Vorstellung im Mai 1879 bis Ende December 1879 nicht gesehen hatte.

Nach Mittheilung dieser Fälle liegt es nahe, Vergleiche unter denselben anzustellen, um der Frage näher zu treten, ob gewisse Alters- oder Geschlechts-Verhältnisse etc. zur Annahme einer Prädisposition berechtigen. Unter den ersten sieben von Hebra genannten Fällen waren drei Männer und vier Frauen befallen, bei

den hier aufgeführten sechs Fällen waren zwei Männer und sechs Frauen betheiligt.

Es würde demnach ein Verhältniss von 5 : 8 herauskommen, Zahlen, die natürlich nicht genügen, irgend einer Annahme einen Anhalt zu geben.

Eine hereditäre Anlage tritt in den Anamnesen der betreffenden Patienten auch nicht hervor, die Angaben derselben lassen nichts derartiges vermuthen und dass solche Veränderungen im Gesicht der Eltern, resp. Geschwister den Patienten nicht erinnerlich wären, ist nicht anzunehmen.

Was die Localisation der Neubildung betrifft, so waren von den neun Fällen, welche Hebra in seiner ersten Veröffentlichung anführte, sieben nur an Nase und Oberlippe, und zwei zugleich an der Wange und Stirnglatze betroffen und diese zwei Fälle wurden später als Rhinosklerom widerrufen; bei den eben genannten sechs Fällen stellt sich das Verhältniss so, dass nur ein Fall auch Veränderungen an der Wange darbot, während die übrigen höchstens den der Nase angrenzenden Theil der Oberlippe mitergriffen zeigten.

Von dreizehn Fällen waren also nur bei einem auch Veränderungen an der Wange und Stirnglatze, während dagegen bei allen die Affection den Isthmus faucium, den weichen Gaumen und die Uvula befiel.

Es scheint demnach die Tendenz der Fortpflanzung vorzugsweise auf der Schleimhaut vorhanden zu sein.

Traumatische Veranlassungen sind in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden, nur ein einziger leitet, meines Wissens, die Erkrankung von einem Schlag auf die Nase ab.

Nicht unwichtig erscheinen die Altersgrenzen, in welchen sich das Auftreten des Rhinoskleroms bewegt, und zwar zeigt sich bei keinem der angeführten Fälle der Beginn vor dem fünfzehnten und nach dem fünfunddreissigsten Lebensjahre. Das Auftreten solcher Neubildungen in der Pubertätszeit oder überhaupt in bestimmten Lebens-Abschnitten kann nicht sehr auffallen; Virchow[1]) macht in seinen Vorlesungen über Pathologie darauf aufmerksam, dass im Allgemeinen sehr viele Erkrankungen erst nach einer gewissen

[1]) Virchow, Geschwülste, Bd. I. pag. 63 ff.

Lebensdauer, oft in bestimmten Perioden z. B. bei Frauen mit den Abschnitten des Sexuallebens sich einstellen.

In diesen Fällen — sagt Virchow, müssen wir nothwendig schliessen, dass die Gewebe, welche einen bestimmten Theil des Körpers zusammensetzen, nicht ganz glücklich gebildet sind, dass sie in der Weise eingerichtet sind, dass sie bei gewissen Störungen, bei gewissen äusseren Einwirkungen, die sie erfahren, nicht wieder in vollständig ordnungsmässiger Weise ihre Störungen ausgleichen, ihren Zustand reguliren können.

Unzweifelhaft muss es dafür einen anatomischen Grund geben, der nur in dem feineren Bau dieser Theile gesucht werden kann.

In der Regel handelt es sich dabei um bestimmte Organe, wie die Lunge, die Haut und die Schleimhäute gewisser Gegenden.

Letztere sind es gerade vorzugsweise, welche auf einfache entzündliche Erkrankungen so oft mit einer Geschwulst reagiren, so sind z. B. die Polypen der Nase zu erklären, welche ihrerseits wiederum der Sitz neuer Erkrankungen werden können. (Virchow. l. c.)

Dieser Auffassung entspräche der vorliegende Fall, und auch aus den anderen Krankengeschichten scheint der Anfang des Rhinoskleroms auf eine entzündliche Hyperplasie eines chronisch entzündlichen Nasenrachenkatarrhs zurückzuführen zu sein; darauf weisen hin die von so vielen Patienten angegebenen Bildungen von Borken, die gewöhnlich als Beginn der Erkrankung bemerkt werden.

Bevor wir jedoch diesem Punkte, der das Wesen des Rhinoskleroms betrifft, näher treten, dürfte es zweckmässig sein, den histologischen Befund, speciell des vorliegenden Falles, näher zu würdigen.

Die Untersuchung des excidirten Stückes im vorliegenden Fall ergab unter einer an manchen Stellen verdickten Epidermis keine auffallenden Veränderungen der Reteschicht. Als einzige Abnormität erschien eine leichte Hyperplasie der Retezellen, welche namentlich an ihrem Stachelapparat hervortrat.

Die eigentliche Cutis zeigte eine dichte Zelleninfiltration, welche sich durch die intensiv gefärbten Kerne scharf abgrenzte.

In den tieferen Schichten des Corium wurde die Infiltration durch starke Bindegewebszüge unterbrochen, die an einzelnen

Schnitten, und zwar in den tieferen, also älteren Schnitten der Neubildung durchaus prävalirten. In diesem Gewebe bin ich geneigt den Grund für die „Elfenbeinhärte“ der ergriffenen Stellen anzunehmen.

Zahlreiche Gefässlumina wurden in diesen tieferen Schichten sichtbar, an ihrer Peripherie von einem Hof dichtgedrängter Zellen umgeben.

Die Gestalt und Grösse der Zellen betreffend, erreichten dieselben die Grösse der rothen Blutkörperchen, im Inhalt waren ein bis zwei Kerne sichtbar, dieselben waren sehr intensiv gefärbt. Die Gestalt der Zellen variirt von der runden zur ovalen und Spindelform, theilweise mit Fortsätzen versehen.

Dieser Befund trifft mit den Beobachtungen der Wiener Schule zusammen. Die eingehendsten Beobachtungen über den histologischen Charakter der Neubildung sind von Mikulicz in seiner oben schon einmal citirten Arbeit gemacht worden. Derselben entnehme ich folgendes Resumé:

„Die infiltrirten Rundzellen erleiden im Verlauf ein verschiedenes Schicksal. Die einen wandeln sich in Spindelzellen um und weiter in Bindegewebe, welches ein mehr oder weniger dichtes Maschenwerk bildet und den Rest der Rundzellen einschliesst. Diese aber bleiben eine geraume Zeit unverändert und gehen erst dann nach und nach zu Grunde, so dass nur das schrumpfende Bindegewebe übrig bleibt. Durch den späten und ganz allmäligen Zerfall der Rundzellen kommt es, dass das Rhinosklerom lange Zeit hindurch in demselben Zustande zu verharren scheint, und dass sich erst nach Ablauf von vielen Jahren auch äusserlich der Schwund und die Schrumpfung zu erkennen geben. Ein spontaner Zerfall mit Anhäufung der Zerfallsprodukte zu Herden kommt nicht vor; nur ganz oberflächliche Zerstörungen finden sich stellenweise und sind wahrscheinlich immer durch locale Insulte bedingt.“

Von Interesse sind noch einige Beobachtungen Billroth's, welche ich dem schon citirten Aufsatz der medicinischen Presse entnehme und zwar bezüglich des Falles, bei welchem alle zwei Jahre die Stomatoplastik vorgenommen werden muss.

Billroth sagt darüber: In den exstirpirten harten Massen ist von der anfänglichen kleinzelligen Infiltration nichts mehr wahrzunehmen. Sie bestehen grösstentheils nur aus sehr starrem, derbem

Narbengewebe. Bei der letzten Operation ereignete es sich, dass das Messer nicht mehr frei durch das Gewebe hindurchdringen konnte. Es war die Narbe vollständig verknöchert und wie die nähere Untersuchung ergab, handelte es sich nicht etwa um Kalkablagerung, sondern um Bildung wahren Knochens in der enorm sklerosirten Narbe. Das Periost der Kiefer war weder vor der Erkrankung, noch bei der Operation in Mitleidenschaft gezogen. Es spreche dieser Befund entschieden gegen die Ansicht, dass das Rhinosklerom eine sarcomatöse Bildung sei.

Diese letztere Ansicht hatte Kaposi in der ersten Veröffentlichung ausgesprochen[1]) und mit folgenden Worten motivirt:

„Wir glauben nach den hier dargelegten mikroskopischen Verhältnissen, welche gewiss die klinischen Erscheinungen des Charakters und des Verlaufs der Neubildung bedingten, aber uns nur zum geringsten Theil erklären, dieses klinisch Rhinosklerom zu nennende Gebilde histologisch dem Gliosarcom oder Granulationssarcom am nächsten stellen zu können."

Zu dieser Ansicht forderte besonders auf das Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen, wie Hyperämie, Temperaturerhöhung und ödematöse Schwellung, ferner das ausserordentlich langsame Wachsthum, welches namentlich in den ersten Stadien den Charakter der Beständigkeit verleiht.

Bestärkt wurde noch Kaposi in seiner Ansicht durch einen Fall, „bei dem es zur Bildung von grösseren Tumoren gekommen war und durch einen weiteren, wo das Rhinosklerom auf den Oberkiefer und das Seitenwandbein übergriff, dieses durchbrach und an die Oberfläche des Gehirns fortgeschritten war."

Diese Ansicht hatte Kaposi ausgesprochen, als noch keine Veränderungen an den die Neubildung als solche bestimmenden Geweben beobachtet waren. Dies geschah durch Mikulicz, der für seine Ansicht, dass es sich um einen chronischen entzündlichen Process handele, „die Umwandlung der kleinzelligen Infiltration geltend macht, aus welcher nämlich Spindelzellen und schliesslich schrumpfendes Bindegewebe hervorgeht."

Im Jahre 1872 hatte sich schon Geber zu der Ansicht einer

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1870.

fehlenden syphilitischen Grundlage bekannt. Er äussert sich darüber [1]) folgendermassen:

„Jedem Kliniker ist es geläufig, wie nach längerem Bestehen eines chronisch entzündlichen Processes, beispielsweise nur des Eczems, unter Umständen Verdickungen und Wucherungen an der Haut auftreten können. Versetzt man nun diesen Process auf die Schleimhaut der Nasenhöhle, so wird noch durch die besonderen Umstände der Localisation, wo die Secrete nicht zurückgehalten werden und dadurch neuerdings zu anhaltenden Reizungen der Schleimhaut Anlass geben, begreiflich sein, dass ein solcher uns vorliegender Vorgang von Wucherung — das typische Bild eines Rhinosklerom — entstehen kann.

„Ich werde somit," schliesst er, „durch die klinische Erfahrung gezwungen, anzunehmen, dass das Rhinosklerom, angeregt durch irgend einen chronisch entzündlichen Reiz, auf einer von der Mucosa und Submucosa ausgehenden diffusen Infiltration und Proliferirung des Gewebes beruht."

Eine wichtige Rolle spielt in der einschlägigen Literatur die Frage nach dem Zusammenhang mit Syphilis. Als Hebra den ersten Fall sah, bekam er den Eindruck eines Knotensyphilids, wozu noch ein zweiter Fall wesentlich beitrug, der neben dem Rhinosklerom specifisch inficirt war. Die eingeleitete antisyphilitische Behandlung erwies sich als vollständig resultatlos, so dass er, nachdem besonders Monate lang absolut keine Vorgänge des Zerfalls beobachtet werden konnten, bald von der Ansicht einer syphilitischen Basis zurückkam.

Die erfolglose antisyphilitische Behandlung spricht nicht absolut gegen den Zusammenhang mit Syphilis, gibt es doch verschiedene Affectionen gewisser Organe (Rückenmarks-Krankheiten, Gehirnaffectionen), welche allerdings in erster Linie auf Syphilis zurückzuführen sind, später jedoch ganz unabhängig davon nach dem eigenartigen Typus selbständig sich weiter entwickeln und dann natürlich auch den antisyphilitischen Mitteln nicht mehr weichen, so dass der Satz „cessante causa cessat effectus" in solchen Fällen seine Bedeutung verliert; aber diese Causa war als solche vorhanden und liess sich aus den sie charakterisirenden Erschei-

[1]) Dieses Archiv 1870, 4. Heft, pag. 504.

nungen als Syphilis erkennen. Wenn wir dagegen eine Patientin vor uns haben, bei welcher sich niemals irgend ein Symptom zeigte, welches auf Lues hinweisen konnte, und welche im 24. Lebensjahre von einem Uebel befallen wird, welches den Verdacht auf Lues erregt, so muss man verlangen können, dass sich dieses Uebel in seinem Verlauf, in seinen Veränderungen als specifisch erweist und nicht allen Erfahrungen über die Syphilis entgegen jahrelang ohne ein die Syphilis bestimmendes Zeichen besteht, also weder nebenbei ein Exanthem zeigt, noch Ulcerationen und Zerfall der betroffenen Stellen.

Ich möchte daher den Zusammenhang mit Syphilis in Abrede stellen und die relativ häufigen Fälle, bei welchen Syphilis in ausgezeichneter Weise bestand, als unabhängig von dem Rhinosklerom betrachten, vielmehr neige ich dazu, nach dem Schema Virchow's anzunehmen, dass bei sämmtlichen Fällen von Rhinosklerom eine anatomische Präformation der betroffenen Theile vorlag, „welche in der Weise eingerichtet sind, dass sie bei gewissen äusseren Einwirkungen ihren Zustand nicht wieder reguliren können,“ sondern diesen Störungen zum Opfer fallen, d. h. mit einer Veränderung ihrer Theile, hier also mit einer Zellwucherung, auf diese äussere Einwirkung, nämlich den einmal gesetzten und unterhaltenen Reizzustand, antworten. Das spätere Schicksal dieser vorhandenen Wucherung ist unabhängig von ihrer Ursache, es wird vielmehr durch den nunmehr pathologischen Charakter bestimmt.

In dieser Ansicht werde ich bestärkt durch die Anamnesen, welche durchweg den Anfang auf Borkenbildungen oder auf Polypen in der Nase zurückführen, also immer auf einen länger andauernden Reiz, eine andauernde Störung, aus welchen sich dann bei dem immer unterhaltenen reizenden Einfluss der Secrete der Schleimhaut der Nase, welche, wie wir gesehen haben, ausschliesslich der Anfangsitz der Erkrankung und der Weg zur Verbreitung des Uebels ist, die dasselbe kennzeichnenden pathologischen Veränderungen entwickeln.

Bestärkt werde ich ferner in dieser Ansicht durch die therapeutischen Resultate, welche immer nur auf kurze Zeit einen Besserungszustand, nie aber eine absolute Heilung herbeiführten.

Es würde demnach meine Ansicht dahin gehen, dass das Rhinosklerom die durch die anatomische Anlage der betroffenen

Theile, also der Nasen- und Rachenschleimhaut bedingte Reaction auf eine chronische Reizung der „unglücklich gebildeten" Schleimhaut ist, eine Ansicht, welche mit der des chronisch entzündlichen Processes im Einklang steht, aber den dabei gestatteten Zusammenhang mit Syphilis läugnet. Verneinend hatte sich schon Kaposi über den Zusammenhang mit Syphilis ausgesprochen, während Billroth, Mikulicz, Weinlechner an der Möglichkeit festhalten.

Was schliesslich die Therapie anlangt, so ergab sich sehr bald die Nutzlosigkeit einer inneren Behandlung und man ging sehr bald mit Messer und Aetzmitteln der Wucherung zu Leibe, wodurch denn auch theilweise Besserungen erzielt wurden.

Simon in Breslau wandte als Aetzmittel nach vorausgegangener Excision einzelner Stücke aus den Nasenhöhlen Acidum pyrogallicum an und, soweit die bisherigen Beobachtungen ein Urtheil gestatten, mit vielem Erfolge. Die Nase hatte sich in den drei Monaten zwischen dem ersten Aufenthalt in der Klinik und der Wiederaufnahme, während welcher Zeit Unguentum pyrogallicum (1 : 9 Vaselin) gebraucht wurde, so zum Guten verändert, dass Patientin von der Wärterin nicht wiedererkannt wurde.

Einen noch grösseren Erfolg hatte die Behandlung in der letzten Zeit, wie schon am Schluss der speciellen Mittheilung des vorliegenden Falles erwähnt worden ist. Nach den neuesten Nachrichten des Herrn Prof. Simon aus Breslau hatte sich bis Mitte Februar d. J. der Zustand nach regelmässiger Behandlung mit Ung. pyrogallic. noch weiter gebessert, so dass Patientin an ihrer Nase nichts Auffallendes mehr zeigt, während sie früher colossal entstellt war.

Es scheint also die Pyrogallussäure, welche von Jarisch auf die antipsoriatische Heilwirkung hin erprobt wurde und für viele andere Hautkrankheiten allen anderen Mitteln augenblicklich vorgezogen wird, auch die beste Waffe zu sein gegen das Ueberhandnehmen des Rhinoskleroms.

Furunculosis nach innerlichem Gebrauch von Condurango.

Von

Dr. J. Edmund Güntz
in Dresden.

Die Cortex Condurango war bekanntlich vor Jahren zum innerlichen Gebrauch in der Form von Decocten gegen Krebs und Syphilis warm empfohlen worden. Bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Breslau 1874 hatte Prof. Friedreich persönlich über Fälle von angeblich geheiltem Krebs, insbesondere über einen solchen von Magenkrebs nach dem Gebrauch der Condurango berichtet. Der Redner hatte in seinem Vortrage bei dieser Gelegenheit von der Berechtigung seiner therapeutischen Versuche gesprochen, indem er anführte, dass nach dem Vorgange bei den wilden Völkern, bei welchen Jahrhunderte lang das Mittel bis in die neueste Zeit gegen entsprechende Uebel in grossem Rufe gestanden habe, man annehmen dürfe, dass wenigstens irgend etwas Wahres diesen Anpreisungen zu Grunde liege. Aus diesem Grunde erklärte Friedreich die innerliche Verabreichung der Condurango des Versuches werth und er hielt sich trotz der Einwendungen eines Arztes in der sich anknüpfenden Discussion nicht für widerlegt. Seit jener Zeit, also seit dem Jahre 1874, habe ich nun das Decoctum Condurango in ausgiebiger Weise bei den verschiedensten Stadien der Syphilis innerlich versucht, zumal es den Anschein hatte, als ob sich dieses Mittel bei torpiden Drüsenanschwellungen vortheilhaft erweise. Es bedarf wohl nicht einer eingehenden Erörterung, dass ich der Condurango, wenn sie überhaupt eine Wirkung bei Syphilis haben würde, keine andere Bedeutung beilegte,

als den Holztränken und dass ich sie nicht als eigentliches Heilmittel, sondern nur als Unterstützungsmittel der Cur vom Anbeginn an betrachtete. Ueber die Wirkung der Condurango in dieser Hinsicht habe ich mich schon früher in meiner Schrift: „Neue Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis“ Pierson's Verlag 1878 pag. 133, ausgesprochen.

Was speciell die Behandlung der Syphilis nach gewissen Heilmethoden, insbesondere auch mit Condurango anbelangt, so erkennt man bei vielen derselben einen Einfluss auf den Körper, resp. auf die Krankheitserscheinungen, indem wir den Hinweis aus gewissen Veränderungen der Symptome haben, dass hier die Endglieder in der Metamorphose des Stoffwechsels in der normalen Weise nicht erreicht werden. Die sonst unter normalen Verhältnissen ausgeschiedenen Stoffe werden hier wieder zum grossen Theile im Körper selbst verbraucht.

Hierher rechnete ich die überschätzten oder unterschätzten Behandlungsmethoden mit pflanzlichen Mitteln, Holztränken, Decocten von Condurango, Curen mit Apfelwein u. s. w., nach deren Anwendung die einseitige Richtung der Ernährung sich zuweilen durch Neigung zu Furunkeln zu erkennen gibt. Die Furunkulose, die Pustelbildung, das Erscheinen mancher auf Syphilis nicht zu beziehender Exantheme, welche Hauterscheinungen also in einzelnen Fällen als Merkmale einer einseitigen Ernährung aufzufassen sind, charakterisiren sich näher entweder als schlechte oder als übermässige oder als unregelmässige Ernährung.

Diese Zustände sind geeignet, zu erklären, wie wir eine günstige oder ungünstige Einwirkung auf die Produkte der Krankheit beeinflussen können. Ich erinnere hier noch an jene Erfahrungen, dass nach dem fortgesetzten innerlichen Gebrauch von Jod- und Brommitteln, nach Arsen- und Eisenpräparaten, nach harzigen, balsamisch-ätherisch-öligen Stoffen, kurz nach vielen in der Pharmakopöe verzeichneten Präparaten in Folge innerlicher Anwendung irgend eine Reaction auf der Haut sich zeigt. Ebenso erklärt sich vielleicht zum Theil die bekannte Wirkung vieler Genussmittel, der Krebse, Erdbeeren, des Gänsefetts u. s. w. Solche Erfahrungen finden aber am deutlichsten ihre Erläuterung rücksichtlich der Folgen einer einseitigen Ernährung in jenem bekannten physiologischen Experiment, wonach z. B. bei Fleischfressern, insbe-

sondere bei Hunden nach 6wöchentlicher Ernährung nur mit Olivenöl und Weissbrod unter der Entwickelung von Hornhautgeschwüren, Marasmus und zuweilen von Pustelbildung, sowie Decubitus der Haut die Thiere zu Grunde gingen.

Bei manchen Personen, welche im Frühjahr Cider zu trinken gewöhnt sind, in der Meinung, hierdurch ihrem Körper zu nützen, kann man deutliche Hautausschläge der verschiedensten Art, unter anderen auch hartnäckige Urticaria entstehen sehen.

Bei anderen Apfelweintrinkern, welche regelmässig massenhafte Mengen vertilgen, merkt man eine solche Wirkung nicht.

Wenn Leute aus einem Bierland in eine Weingegend übersiedeln, so werden sie nach dem bisher ungewohnten, reichlichen Weingenuss mitunter fortwährend von Ausschlägen belästigt.

Nach dem Gebrauche von Condurango habe ich, ohne dass ich also diesem Mittel die gerühmte Heilwirkung bei Syphilis zuerkenne, zuweilen die Entwickelung von Pusteln und selbst reichlichen Furunkeln beobachtet. Andere Male fehlten diese Erscheinungen vollständig.

Im Laufe der letzten sechs Jahre habe ich über ein Tausend Kranke mit Decoctum Condurango behandelt. Es wurden 100 Gramm der Condurango mit 600 Gramm Wasser im Dampfkochapparat bis auf 500 Gramm Flüssigkeit eingekocht und dies filtrirt in zwei Tagen verbraucht. Diese Behandlung wurde 14 Tage bis 3 Wochen lang fortgesetzt. Bei einem zweiten Tausend Kranker war nur der vierte Theil der obigen Dosis verwendet worden. Diese geringeren Dosen hatte ich später angewendet, um die Furunkel- oder Pustelbildung bei den Kranken zu vermeiden. Dies gelang auch; denn die Furunkulose trat nur bei den Kranken ein, welche die grösseren Dosen gebraucht hatten.

Was die Häufigkeit des Vorkommens dieser Furunkelbildungen anbelangt, so ist dieselbe nach Anwendung der stärkeren, fortgesetzten Dosen ungefähr unter Tausend Personen ohne Berücksichtigung der Constitution und des Stadiums der Syphilis zwanzig Mal vorgekommen. Zwei Mal waren zwei grössere Furunkel mit 14—18 grösseren Pusteln über den Körper verbreitet, in den übrigen Fällen waren weniger Pusteln vorhanden. In einigen Fällen hatte sich eine acute Acne im Gesichte entwickelt. Die Kranken hatten früher nicht an solchen Uebeln gelitten, die Hauterschei-

nungen waren übrigens entschieden nicht auf Syphilis zu beziehen. Ein augenfälliger Einfluss auf die Rückbildung und Zertheilung der Drüsengeschwülste nach Condurango war nicht zu constatiren.

Der Einfluss solcher dem Körper einverleibten Medicamente, nicht minder der Condurango, desgleichen der Nahrungs- und Genussmittel, sowie der Lebensweise der Kranken vermag auf die Erscheinungen der Krankheit unter Umständen günstig oder ungünstig zu wirken. Träge Produkte der Krankheit zeigen Reaction oder werden rebellisch, Neubildungen mit Neigung zu Zerfall zerfallen stärker.

Es kommt hier im Wesentlichen eine nicht näher erklärbare Beschaffenheit des Organismus in Betracht, wobei sich von Fall zu Fall die Verschiedenheit herausstellt, dass der Körper des Betreffenden durch solche innerlich angewendete Präparate oder Ernährungsweisen mehr oder weniger oder gar nicht bemerkbar beeinflusst wird.

Zur Frage der Excision der syphilitischen Initialsklerose.

Von

Prof. Heinrich Auspitz

in Wien.

Der im Jahre 1877 in dieser Vierteljahresschrift von mir veröffentlichten Abhandlung über diesen Gegenstand hat sich eine Reihe von Arbeiten und Experimenten anderer Forscher über dasselbe Thema angeschlossen. Einige derselben sind in dieser Vierteljahrsschrift 1879, 3. Heft, pag. 424, und 4. Heft, pag. 637 u. ff. im Auszuge mitgetheilt worden [1]). In dem weiter unten folgenden Berichte wird auch über andere, mir seither zur Kenntniss gekommene Experimente von Rydygier und Klink aus dem Jahre 1879, sowie über jene von Chadzynski (veröffentlicht im 3. Hefte der Annales de Dermatologie, Juli 1880) und endlich über jene von Zeissl (Wiener med. Presse Nr. 27, 28, 29, 1880) referirt werden.

Für die Lehre vom syphilitischen Contagium mussten sich sowohl aus den erwähnten Excisionen, als auch aus den anatomischen Befunden, welche ich in Gemeinschaft mit Unna erhalten und dargestellt habe [2]), gewisse Folgerungen von weittragender Bedeutung ergeben. Dieselben sind von mir in einem Aufsatze in

---

[1]) Es sind dies die Excisionen, welche Pospelow, Th. Kölliker, Unna im J. 1878, Folinea im J. 1879 vorgenommen haben.

[2]) Diese Vierteljahrsschrift 1877, 1. Heft: Ueber die Anatomie der syphilitischen Initialsklerose von H. Auspitz in Wien und P. Unna in Hamburg. — Ferner von Unna allein 1878, ebenda: Ein weiterer Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Initialsklerose (4. Heft).

der Wiener medic. Presse (excerpirt in dieser Vierteljahrsschrift 1879, 2. und 3. Heft, pag. 434 u. ff.) gezogen worden.

Ich habe vorläufig nicht die Absicht, auf das Meritorische weder meiner Excisionen, noch der von Unna und mir studirten anatomischen Verhältnisse, noch auf die sich daran knüpfenden nosologischen Corollarien abermals des Näheren einzugehen. Dagegen erscheint es mir theils aus sachlichen, theils aus persönlichen Gründen geboten, den zwei jüngsten Publicationen über das in Rede stehende Thema von Chadzynski und Zeissl einige Bemerkungen zu widmen.

Herr Dr. Chadzynski hat vom October 1877 bis Jänner 1880 30 Excisionen von Initialsklerosen vorgenommen. Seine Resultate waren: 7 vollständige Erfolge, 16 vollständige Misserfolge, 6 Fälle, die sich der Beobachtung entzogen, 1 noch unentschiedener. Also 7 (von 23) Erfolge, d. i. etwas über 30%.

Man sieht, dass das Resultat als ein für die Excision günstiges angesehen werden kann und der Autor unterlässt es auch nicht, die entsprechenden Schlüsse daraus zu ziehen, welche sich im Grossen und Ganzen an die von mir seiner Zeit ausgesprochenen anschliessen, abgesehen freilich von einigen Punkten, für welche ich die Verantwortung keineswegs auf mich nehmen möchte.

Was ich aber hier hervorheben will, betrifft etwas Anderes. Es ist die oberflächliche Art und Weise, mit welcher der Autor die Literatur des Gegenstandes, dem er doch so viel Zeit gewidmet hat, behandelt, oder besser dem französischen Leserkreise gegenüber misshandelt. Wenn Herr Chadzynski als „ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin de l'hôpital général de Lemberg (Gallicie autrichienne)" — so unterzeichnet er seinen Aufsatz in den „Annales de Dermatologie" — seine wissenschaftlichen Arbeiten in französischer Sprache publiciren will, so wird gewiss Niemand dagegen eine Einwendung erheben. Aber so viel dürfen die deutschen und österreichischen Autoren, welche er citirt und deren Publicationen er seinen Arbeiten zu Grunde legt, wohl erwarten, dass er sie im deutschen Original gelesen habe, oder wenn ihm die deutsche Sprache ganz unbekannt sein sollte, dass er in der österreichischen Stadt Lemberg irgend ein Individuum finde, welches ihm derlei deutsche Aufsätze zu übersetzen im Stande wäre. Herr Chadzynski würde es dadurch vermieden haben, die in meiner

Arbeit enthaltene Literatur in arger Weise zu entstellen. Ich bin gar nicht im Stande auf die Details einzugehen; als Muster will ich nur hervorheben, dass eine Publication v. Sigmund's aus der Wiener med. Wochenschrift vom J. 1867, deren Quelle ich genau citirt, Herr Chadzynski aber falsch reproducirt hat, (Wien. med. Presse) in einer Weise dargestellt ist, als hätte v. Sigmund 39 „Zerstörungen von Initialsklerosen“ gemacht, darunter 35 mit günstigem Erfolge! Die bezügliche Arbeit v. Sigmund's hat aber gar nichts mit Initialsklerosen zu thun, sondern nur mit insonten Excoriationen, welche angeblich mit syphilitischer Materie in Berührung gekommen und gleich oder bald nachher von Sigmund geätzt worden waren. Ueberdies sind auch noch die Zahlen vollkommen falsch wiedergegeben. Und nun führt Herr Dr. Chadzynski diese Ziffern in einer von ihm construirten Tabelle der Excisionserfolge auf und bringt mit Hilfe noch anderer Unrichtigkeiten schliesslich heraus, dass in der Literatur von 141 „ihm bisher bekannten“ Excisionen 77 Erfolg gehabt hätten. Auf diese Weise ist in der That mein Percentverhältniss (14 von 28) glücklich erreicht — freilich auf Kosten der Wahrheit. Ich will nicht weiter darauf eingehen, dass Vf. auch mit meiner Priorität die sonderbarsten Kunststücke macht: dass er meinem Freunde Unna Sätze aus meiner Abhandlung über die Excision zuschreibt: dass er unsere gemeinschaftliche Arbeit über die Anatomie der Sklerose mit Hartnäckigkeit Unna allein und Theile daraus ihm und Cornil in Paris (dessen Leçons sur la Syphilis 1879 erschienen sind) oder auch dem letzteren allein zuschiebt — aber darauf will ich aufmerksam machen, dass die ganze Darstellung des Gegenstandes sammt den daran geknüpften Reflexionen des Autors nur ein vollständig unrichtiges Bild der ganzen Frage zu geben geeignet ist.

Mag Herr Dr. Chadzynski sich immerhin durch seine etwaige Unkenntniss der deutschen Sprache und die daraus hervorgehende Nothwendigkeit die Quellen aus fremder Darstellung („Auspitz cité par Klink“ heisst es einmal im Aufsatze) zu citiren entschuldigt halten — für mich geht daraus die Nothwendigkeit hervor, auf diese Thatsache aufmerksam zu machen, damit nicht die Kenntniss des Standes der wichtigen Fragen, um die es sich handelt, dem ärztlichen Publikum in Frankreich und daher

auch in vielen anderen Ländern durch ein so getrübtes Medium vermittelt werde.

Bemerkungen anderer Art sind es, welche ich an eine Arbeit über denselben Gegenstand zu knüpfen habe, welche mein geehrter College, Prof. Zeissl in Wien, im Jahresbericht des allgemeinen Krankenhauses und überdies noch separat in der Wiener medic. Presse vor Kurzem veröffentlicht hat.

Hier handelt es sich, wie der Auszug in unserem „Berichte“ zeigt, um etwas das Wesen Betreffendes: um Gegenexperimente, welche der Autor den meinigen und anderen gegenüber angestellt hat und um die Schlüsse, oder richtiger gesagt, eine ganze Theorie der Syphiliscontagion, welche der Autor daran knüpft.

Was zunächst die Experimente betrifft, ist die Zahl der von Zeissl beschriebenen nur fünf — da ihm von den zahlreichen Fällen mit nachfolgender Syphilis, die er früher zu beobachten Gelegenheit hatte, nach seinen Angaben keine Krankengeschichte zu Gebote stehe. Ich glaube sicherlich nicht zu irren, wenn ich diese „Excisionen“ für Circumcisionen bei phimotischen, gangränescirenden u. dgl. Schankern halte, deren Excision ausschliesslich zum Heilzwecke, natürlich unter ganz anderen Verhältnissen und unter ganz anderem Gesichtswinkel der Beobachtung gemacht wurde, als dies für die präcise Beantwortung eines naturwissenschaftlichen Themas nothwendig wäre. Ich meine aus diesem Grunde, dass der Autor Recht gethan hat, diese Fälle, selbst wenn ihre Krankengeschichten ihm zu Gebote stünden, der wissenschaftlichen Verwerthung zu entziehen. Ebenso ist es nur correct, wenn er weitere vier Fälle, welche nicht von ihm, sondern von befreundeten Collegen operirt und beobachtet wurden, gleichfalls ohne Berücksichtigung lässt und sich somit auf seine eigenen fünf Fälle beschränkt.

Es sei mir aber nunmehr gestattet, mit wenigen Worten die Hauptmomente dieser Fälle zu reproduciren:

1. Fall: Excoriation, seit dem 10. Februar 1874 zuerst bemerkt, die Sklerose excidirt (wann ist nicht angegeben). Nach 3 Monaten, die Patient grösstentheils in Paris zubrachte, ein Erythema papulosum ohne vorausgegangene Verhärtung der Wundfläche.

2. Fall: Eine Sklerose mit Leistendrüsenschwellung (seit wann

angeblich bestehend?), am Tage nach der Aufnahme (27. April 1880) excidirt — keine Verhärtung der Wundfläche. Am 6. Mai, d. i. also 6 Tage nach der Operation, war ein maculo-papulöses Syphilid entwickelt.

3. Fall: Ein sklerosirtes Präputialgeschwür, angeblich seit 9. März 1880 bestehend mit beiderseitigen Leistendrüsenschwellungen, wurde am 11. April excidirt. Am 18. April, also 7 Tage nach der Excision, bei noch nicht vernarbter Wunde Roseola an beiden Brustseiten.

4. Fall: Auf der Haut des circumcidirten Gliedes eines am 5. December 1879 aufgenommenen Kranken eine angeblich seit 4 Wochen bestehende Sklerose, welche am 6. December excidirt wurde. Heilung per primam intentionem. Am 18. December, also 12 Tage nach der Operation ein papulöses Syphilid.

5. Fall: Eine seit 7 Wochen bestehende, von Bubonen begleitete Sklerose auf der Gliedhaut wurde am 19. Mai 1880 excidirt, ohne nachfolgende Verhärtung der Narbe. Am 25. Juni fanden sich auf dem Scrotum, an beiden Wangen und der Zunge nässende Papeln. (Ob inzwischen Roseola des Stammes, Angina faucium u. dgl. aufgetreten war, ist nicht angegeben.)

Es wird für die Kritik des Werthes dieser fünf Fälle ausreichen, wenn ich Folgendes bemerke: a) dass der erste im höchsten Grade ungenau geschildert ist (es fehlt ja sogar das Datum der Excision!); b) dass im 2., 3. und 4. Falle die Erscheinungen allgemeiner Infection schon 6, 7 und 12 Tage nach der Operation aufgetreten sind, dass also offenbar die Excision zu einer Zeit gemacht wurde, wo die Allgemein-Infection schon ein Fait accompli gewesen sein oder wenigstens die Wahrscheinlichkeit, sie durch die Excision zu verhüten, nahezu = 0 sein musste; c) dass also höchstens der letzte Fall zur Verwendung geeignet sein könnte, obgleich auch hier die Krankengeschichte im hohen Grade lückenhaft erscheint. Dabei fällt es mir gar nicht ein, die Diagnose der Sklerose in einem dieser Fälle, selbst im ersten nicht, in Zweifel ziehen zu wollen, wozu — einem so namhaften Syphilidologen gegenüber — keine Berechtigung vorliegt.

Aber die Frage drängt sich doch sicherlich jedem unparteiischen Prüfer auf, wie der Autor es verantworten kann, auf solche Fälle hin die positiven Erfolge Anderer anzuzweifeln; die Frage als „für

seine Person abgeschlossen“ zu erklären und das Axiom: die Initialsklerose sei stets der Ausdruck der schon vollzogenen Durchseuchung — als unangetastet zu proclamiren? Ich bedaure sagen zu müssen, dass die hier von dem geehrten Collegen befolgte wissenschaftliche Methode den fundamentalsten Forderungen, welche man an das Experiment stellen muss, nicht entspricht, abgesehen davon, dass auch die klinische Beschreibung und die kritische Beleuchtung der Vorarbeiten viel zu wünschen übrig lässt.[1])

Wenn ich nunmehr den theoretischen Theil des Zeissl'schen Aufsatzes in Betracht ziehe, so führt der Autor zuerst zwei „Beweise“ mehr historischer Art gegen die locale Natur der Sklerose an. Der erste, dass Renault 1848 13 Pferden Rotz eingeimpft, darauf die Impfstelle mit dem Glüheisen zerstört habe und dass doch alle 13 Pferde Rotz bekamen.

Dieses Experiment mag nun für den Rotz stichhaltig sein, d. h. es mag wahrscheinlich machen, dass die Incubation des Rotzgiftes eine sehr kurze ist — wie aber daraus zu folgern sei, dass auch das Syphilisgift schon einige Stunden nach der Uebertragung in den Stoffwechsel übergegangen sein müsse, ist nicht recht einzusehen. Weil die Erde 365 Tage braucht, um den Kreislauf um die Sonne zu vollenden, wird darum Jemand behaupten wollen, dass der Uranus für diese kosmische Aufgabe keine längere Zeit brauchen dürfe? Und andererseits handelt es sich hier keineswegs um den Satz, ob etwa die Cauterisirung der Impfstelle innerhalb 24 Stunden nach der Syphilis-Einimpfung den Uebergang des Giftes in den Stoffwechsel verhindere. Aber nur eine solche Fragestellung würde jener für den Rotz aufgestellten analog sein, nicht aber die Frage von der Excision der syphil.

---

[1]) Der Autor gibt z. B. an, dass meine 33 Excisionsfälle „nach 3 Monate währender Beobachtung“ günstige Resultate ergaben, während doch die 14 von mir als Erfolge bezeichneten Fälle 14, 11, 12, 9, 16, 11, 15, 8, 4, 6, 4, 9, 4, 4$^1/_2$ Monate in Beobachtung gestanden waren, also kein einziger drei Monate! Eine in einer späteren Nummer der „med. Presse“ auf meine directe Reclamation hin erfolgte Berichtigung kann wohl die Loyalität des Autors nach dem Druck seines Aufsatzes, nicht aber die wünschenswerthe Genauigkeit bei dessen Abfassung constatiren.

Sklerose, welche der verehrte Herr College auf so einfache Weise beantwortet zu haben der Meinung ist.

Der zweite „directe Beweis“, den Zeissl anführt, ist eine im Jahre 1861 vorgekommene Impfung mit Syphiliseiter auf den Oberschenkel eines Gesunden, bei welchem nach genau drei Wochen Impfpapeln auftraten, nach weiteren 11 Tagen die betreffenden Leistendrüsen empfindlich und vergrössert wurden, und vor der Drüsenschwellung Probeimpfungen mit „syphilitischem Secrete“ vorgenommen worden waren, die nicht hafteten — zum Beweise, „dass der Organismus zur Zeit des Auftretens des syphilitischen Primäreffectes mit Syphilis durchseucht war, also nicht gleichzeitig ein zweites Mal Syphilisgift aufnehmen konnte.“

Auch dieser, schon in des Verfassers Lehrbuche citirte Fall ist gänzlich ohne Beweiskraft für den Satz, dass die Induration das erste Symptom der schon vollzogenen Durchseuchung sei. Zuerst muss ich darauf hinweisen, dass der positive oder negative Erfolg von Probeimpfungen mit „syphilitischem Secrete“ (überdies ohne nähere Charakterisirung desselben) auf einen Syphilitischen ganz und gar Nichts zu beweisen geeignet wäre, weil ja bekanntlich die seither stattgefundenen zahlreichen Experimente (zuerst jene von Bidenkap, dann von vielen Anderen) von Syphiliseiter-Ueberimpfung auf Syphilitische gezeigt haben: a) dass dieselbe in der Regel sofort in Generationen wieder inoculable Geschwüre (Chancroide, weiche Schanker?); b) in Ausnahmsfällen aber auch dieselbe Wirkung wie bei Gesunden hervorrufen, d. i. nach einer gewissen Zeit Papeln und dann selbst indurirte Schanker hervorbringen kann.

Ueberdies aber ist zu constatiren, dass Syphilis-Ueberimpfungen sowohl bei Gesunden als bei Syphilitischen bisweilen ganz wirkungslos bleiben.

Das Letztere erscheint selbstverständlich, wenn man bedenkt, wie viel Mühe und Zeit es kostete, bis die Thatsache von der Möglichkeit der Uebertragung secundärer Syphilis-Symptome auf Gesunde anerkannt wurde, und ferner, dass die Möglichkeit dieser Ansteckung gewisser speciell für sie günstiger Momente bedarf, welche in den meisten Fällen nicht vorhanden sind. Anders wäre es kaum begreiflich, warum nicht das ganze Menschengeschlecht heute syphilitisch sei. In der That hat sich zu einer Zeit, als diese

Uebertragungs-Bedingungen günstigere (die Acuität stärker) waren, d. i. zur Zeit des Auftretens der Seuche in Europa am Ende des 15. Jahrhunderts, die Syphilis ganz so, wie heute die acuten Exantheme u. s. w. in Form von Endemien und Epidemien fortgepflanzt. Wenn dies demnach für die Uebertragung nicht blos auf Syphilitische, sondern auch auf Gesunde gilt, so ist daraus zu schliessen, dass das von Zeissl angeführte Impfexperiment keine Beweiskraft gerade für denjenigen Punkt hat, auf welchen es abzielt, nämlich auf die These von der schon vorhanden gewesenen Durchseuchung des Organismus im angeführten Falle Zeissl's.

Der „directe Beweis" des Autors ist aber nicht in diesem Punkte allein angreifbar, sondern es sind noch einige andere gewichtige Einwendungen gegen ihn zu erheben. Er hat drei Wochen nach der Impfung „Impfpapeln" constatirt, eine nähere Beschreibung des Aussehens und Verlaufes derselben ist nicht gegeben. Aber soviel ist sicher, dass sie keine „Initialsklerosen" waren. Nun ist aber meines Wissens von nichts Anderem als von Excision der Sklerose die Rede gewesen und die Schlüsse, welche ich seiner Zeit aus meinen Resultaten gezogen habe und welche Zeissl bekämpft, haben sich ausschliesslich auf die Initialsklerose bezogen. Ich habe nie behauptet, dass die Papel, ob sie nun auf der Impfstelle oder anderswo auftrete, oder dass die Plaques und Condylome u. s. w., welche ja ebenfalls Papeln sind, nicht der Ausdruck der syphilitischen Diathese seien; ja ich habe schon in meiner Contagienlehre, welche im Jahre 1866 erschienen ist, ausdrücklich auf den wesentlichen Unterschied zwischen beiden hingewiesen [1]) und aus den Experimenten wie aus den klinischen Erfahrungen den Nachweis geführt, „dass zwischen der Impfpapel und der Induration als solche in dem Sinne, wie sie von den Classikern der dualistischen Lehre definirt wird, keine Gemeinschaft herrscht." In der That haben auch die neueren anatomischen Untersuchungen von Unna und mir nachgewiesen, dass der Sklerose gewisse charakteristische Eigenschaften innewohnen, welche sie von einfachen syphilitischen Infiltraten, Papeln, Knoten u. s. w. auch anatomisch scharf unterscheiden.

---

[1]) Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung. Wien 1866 bei Braumüller, pag. 353 u. ff.

Wenn somit der Autor auf der Impfstelle nach drei Wochen Papeln auftreten sah — wie so viele andere Experimentatoren —, so hat dies mit der Natur, der Bedeutung und Prognose der Initialsklerose nicht das Mindeste zu thun und es ist für die letztere irrelevant, ob man mit Zeissl diese Papeln für den Ausdruck der schon vollzogenen Allgemeininfection halten will oder nicht.

Es geht aber aus dem eben Gesagten deutlich hervor, wie sehr die unbedingte Hingabe an eine Theorie, in diesem Falle an die Baerensprung'sche dualistische Lehre mit ihren scharfen, fast tyrannischen Formulirungen, den Blick trübt und ihn die wichtigsten Unterschiede übersehen macht. Ist man einmal recht fest überzeugt, dass alle an den Uebertragungsstellen auftretenden Veränderungen Symptome der Allgemeininfection seien, dann geräth man auch leicht dahin, diese Veränderungen mit einander zusammenzuwerfen und ihre anatomischen und klinischen Differenzen vollkommen zu ignoriren.

Fragen wir uns nun aber, worin denn eigentlich die Beweiskraft des obigen Experiments gelegen sein soll, wenn weder der Erfolg der Probeimpfung an sich, noch die Beschaffenheit der localen Infiltrate an sich einen solchen Beweis herzustellen vermochten? Offenbar darin, dass das Nichtanschlagen der Probeimpfung, welches Z. für den Ausdruck der völligen Sättigung des Organismus mit Syphilis ansieht, zu einer Zeit stattfand, wo die Leistendrüsen noch gar nicht geschwollen und von sonstigen allgemeinen Symptomen gar nichts sichtbar war[1]). Damit wäre nun aber im äussersten Falle nur der Nachweis geliefert, dass die Durchseuchung des Organismus zur Zeit der Probeimpfung vollzogen war; ob dies aber schon früher und ob es zur Zeit des Auftretens der Papeln der Fall gewesen sei, wie Zeissl ausdrücklich folgert, lernen wir daraus keineswegs, um so weniger, als nicht einmal angegeben wird, ob die Probeimpfungen vor oder nach dem Auftreten der Papeln stattgefunden haben. Es wird nur gesagt, sie wären vor dem Erscheinen der Leistenbubonen vorgenommen worden. War aber der

---

[1]) Vom weiteren Verlaufe des Falles und ob überhaupt Roseola, Angina u. s. w. später aufgetreten seien, erfahren wir merkwürdiger Weise überhaupt nichts.

Organismus schon vor dem Auftreten der letzteren durchseucht, so fällt damit die ganze Theorie von dem Fortschreiten des Contagiums durch die Lymphwege ins Blut, von seiner Deponirung in den Lymphdrüsen während dieses Marsches und von dem anfallsweisen Herausstürmen des Giftes aus seinen Depôts bei den jeweiligen Syphilis-Eruptionen [1]).

Es bliebe somit dem Berichterstatter über das obige Experiment logischer Weise nichts übrig als zu sagen: Das Contagium hat einer gewissen Zeit (Incubation) bedurft, bis es seine giftigen Wirkungen entfalten konnte. Diese Zeit hat es irgendwo zubringen müssen. In den Inguinaldrüsen oder gar jenseits derselben kann dies nicht gewesen sein, weil ja angeblich durch die Probeimpfung schon vor der Drüsenschwellung die Durchseuchung constatirt worden war. Somit müsste die Stelle der Ueberimpfung selbst und ihre Umgebung als Sitz der Weiterentwicklung des Contagiums angesehen werden und dies hiesse nichts Anderes als: Die sich dort bildende Affection ist eine Localerscheinung und deren Auftreten weist wohl auf die Wahrscheinlichkeit hin, dass das Contagium auch weiter resorbirt werden könne oder schon resorbirt worden sei — aber diese Sklerose ist nicht etwas mit der Localität der Ueberimpfung nur zufällig Zusammenhängendes, ein Syphilis-Symptom wie andere mehr, sondern es ist die Brütstätte des Contagiums.

Ein Dualist darf aber dies nicht zugeben, weil die Sklerose schon einmal unbedingt als Allgemeinsymptom proclamirt ist.

Er wird sich also damit bescheiden müssen, von einer Bestimmung der syphilographischen Länge und Breite ganz abzusehen und einfach zu sagen: Das Gift kommt — auf welchem Wege immer — in die Blutmasse und entfaltet dort seine giftigen Eigenschaften. Dieser möglichst unverfänglichen — weil nichtssagenden — Theorie steht nur freilich die eine Schwierigkeit entgegen, zu erklären, warum die Initialsklerosen — diese eigenthümlichen Gebilde — gerade an den Uebertragungsstellen des Contagiums auftreten, an Stellen, welche ja mit der eigentlichen Präparation des Giftes gar nichts zu thun hatten? Mit dem leeren Schlagworte vom Locus minoris resistentiae u. dgl. trösten sich ja heut zu

---

[1]) Zeissl ist in der That kein Anhänger dieser Theorie.

Tage nur mehr wenige Syphilidologen, deren wissenschaftliche Zähigkeit in der That über jedes Schwanken erhaben ist.

Zu diesen zählt nun freilich unser Autor in diesem Falle nicht; er verschmäht es dies Mal nicht, rechtzeitig Concessionen zu machen, eingedenk des Ricord'schen Satzes: „L'homme absurde est celui, qui ne change jamais". Und so stellt er denn zum Schlusse seines Artikels eine neue Hypothese auf, welche besagt, dass nur ein kleinerer Theil der krankmachenden Mikroorganismen — man sieht, dass der Autor vor Hypothesen überhaupt nicht zurückschreckt — von der Impfstelle aus resorbirt werde und in den Kreislauf gelange, der grössere Theil aber an der Impfstelle liegen bleibe. „Selbstverständlich werden nun die meisten Mikroorganismen sich dort entwickeln, wo von Anfang an die meisten gewesen sind, das ist an der Impfstelle, und werden an dieser auch zuerst ihr Krankheitsprodukt, das Zeichen ihrer Anwesenheit, zeitigen; es ist dies die syphilitische Initialsklerose oder die initiale Papel. Die in den Blutkreislauf gelangten Mikroorganismen werden sich unter den gleichen günstigen Bedingungen ebenfalls vermehren. Um unserem Auge wahrnehmbare Erscheinungen hervorzurufen, braucht es aber wahrscheinlich einer bestimmten Quantität solcher Mikroorganismen und bis diese Menge durch Vermehrung der in Folge der Einimpfung in den Kreislauf gelangten Organismen sich entwickelt hat, verstreicht ein längerer Zeitraum, als wie die Mikroorganismen brauchten, um die initiale Geschwulst an der Impfstelle zu erzeugen."

Ich erlaube mir nur noch die eine Frage: Verlohnt es sich der Mühe, wenn man einmal zu einer solchen Opportunitätstheorie gelangt ist, die alte dualistische Lehre von der Allgemeinnatur der Initialsklerose aufrecht zu erhalten? Steckt in der neuen Hypothese nicht schon die Ueberzeugung, dass es sich bei dem ganzen Vorgang der syphilitischen Durchseuchung nur um ein schrittweises Vorwärtsschreiten des Contagiums von der Impfstelle aus handle? Und wäre es nicht einfacher und natürlicher zuzugeben, dass die Fertigmachung des Contagiums auch für den ganzen Organismus an der Impfstelle selbst erfolgen könne, und dass dieses dann anzunehmen sei, wenn sich an dieser Stelle

die allmälige Entwickelung der Initialsklerose mit den ihr eigenthümlichen von Unna und mir beschriebenen Gefässwandveränderungen vollzieht? Dass es auch Fälle von Syphilis-Uebertragung gibt, wo weder eine solche Sklerosirung, noch überhaupt ein sichtbares Symptom an der Impfstelle auftritt, haben ja gerade die Gegner der Dualitätslehre am wenigsten geläugnet.

Ich schliesse hiermit diese Bemerkungen, welche niederzuschreiben ich mich verpflichtet hielt. Denn der Kampf zwischen neuen Vorstellungen und alten, in das Blut übergegangenen Theorien muss — so schwierig und unerquicklich er ist — ausgefochten, und es darf nicht ohne Gegenwehr zugelassen werden, wenn dieser Kampf von einer in der Gelehrtenrepublik respectirten Seite her mit Waffen geführt wird, welche im Gebiete der Naturwissenschaft heutzutage nicht mehr als regulär angesehen werden.

System der Hautkrankheiten.

Von

Prof. Heinrich Auspitz

in Wien.

Es erscheint mir nicht unpassend, in dieser Vierteljahresschrift das System der Hautkrankheiten mitzutheilen, welches ich soeben, von einer ausführlichen Darlegung der Motive begleitet, in Buchform[1]) publicirt habe. Ich hege die Hoffnung, dass durch eine sachkundige und ernste Prüfung der in diesem System enthaltenen Momente und Vorschläge manches Hinderniss beseitigt werden wird, welches bisher dem erfolgreichen Fortschreiten auf diesem Gebiete trotz der epochemachenden Thätigkeit eines so hervorragenden Mannes wie Hebra entgegengestanden und eine ruhige Sichtung und Zusammenfassung unserer nicht blos scheinbaren, sondern wirklichen Kenntnisse und deren Zurückführung auf einfachere Grundlagen nicht gestattet hat.

Erste Classe.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut (Dermatitides simplices).

A. Oberflächliche Hautentzündungen (Dermatitides catarrhales, Hautkatarrhe).

I. Familie: Flächenkatarrhe der Haut.

1. Blosse Hyperämie vorwaltend:

Erythema: a) simplex,
b) papulatum.

[1]) Bei Wilhelm Braumüller, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler. Wien 1881, in gr. 8°. 254 pag.

2. Serös eitrige Exsudation vorwaltend:
   Eczema: a) typicum.
   b) paratypicum.
   Varietäten: rubrum,
   papulatum,
   vesiculosum,
   rhagadiforme,
   pustulosum,
   squamosum.

II. Familie: Erosive Hautkatarrhe (Stigmatosen).

1. Durch thierische Parasiten bewirkt:
   Parasitäre Stigmatosen.
   a) Entomosen:
   durch Kopfläuse,
   durch Filzläuse,
   durch Kleiderläuse,
   durch Wanzen,
   durch Flöhe,
   durch Mücken (Culex, Moskito),
   durch Raupen (Bombyx processionea).
   b) Acarinosen:
   durch die Erntemilbe (Leptus autumnalis),
   durch die Zecke oder Holzbock (Ixodes ricinus und marginatus),
   durch die Haarsackmilbe (Acarus folliculorum),
   durch die Krätzmilbe (Acarus Scabiei = Sarcoptes hom.),
   durch die Gerstenmilbe (Acarus hordei = Krithoptes [Geber]).
2. Durch Traumen anderer Art (den Lebenswecker von Baunscheidt, Schröpfköpfe u. dgl.) bewirkt:
   Traumatische Stigmatosen.

III. Familie. Folliculäre Hautkatarrhe (Perifolliculosen).

1. Nur um die Mündungen der Follikel:
   Miliaria alba et rubra.

2. Auch um die Follikel-Ausführungsgänge und die Follikel selbst.
   Ohne gleichzeitige Erkrankung der Haarscheiden:
   Acne.
   Mit gleichzeitiger Erkrankung der Haarscheiden und Haare:
   Sykosis.

IV. Familie. Stauungskatarrhe der Haut.

1. Mit dem Ausgang in Ueberhäutung:
   Ekthyma.
2. Mit dem Ausgang in Narbenbildung:
   Ulcera cutanea.

B. Tiefergreifende Hautentzündungen (Dermatitides phlegmonosae, Hautphlegmonen).

I. Familie. Schichtenphlegmonen der Haut.

1. Durch Verbrennung bewirkt:
   Combustio.
2. Durch Erfrierung bewirkt:
   Congelatio.
3. Ohne äussere Verletzung:
   Pseudo-Erysipelas (Phlegmone diffusa idiopathica).

II. Familie. Herdphlegmonen der Haut.

Furunculus.
   Parasitäre Varietäten:
      durch den Sandfloh (Pulex penetrans),
      durch Dasselfliegen (Oestrusarten),
      durch den Peitschenwurm (Filaria medinensis) bewirkt.
Anthrax (Carbunculus).
Aleppo- und Biskrabeule.

III. Familie. Stauungsphlegmonen der Haut:

Phlebitis et Lymphangioitis cutis.
Erysipelas.

Zweite Classe.

Angioneurotische Dermatosen.

Dermatosen mit dem Charakter einer ausgedehnten Störung des Gefässtonus neben mehr oder weniger ausgeprägter entzündlicher Wallung an der Hautoberfläche.

I. Familie. Infectiöse Angioneurosen der Haut (acute Exantheme, Eruptionsfieber).

1. Mit vorwaltend katarrhalischem Charakter:
    Erythematöse Exantheme:
        Roseola ex Typho,
            ex Cholera etc.,
        Scarlatina.
    Papulöse Exantheme:
        Rubeola,
        Morbilli.
    Vesiculo-pustulöse Exantheme:
        Varicella infantum,
        Vaccina,
        Miliaria crystallina.
2. Mit vorwaltend phlegmonösem (diphtheritischem) Charakter der Hautentzündung:
    Variola,
    Maliasmus (Rotzcarbunkel),
    Pustula maligna (Milzbrandcarbunkel).

II. Familie. Toxische Angioneurosen der Haut (Arzneiexantheme u. s. w.)

1. Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:
    Erythanthema toxicum.
  Varietäten:
    maculo-papulöse Formen: Erythema toxicum, Pellagra, Acrodynia,
    vesiculöse und bullöse Formen: Herpes, Pemphigus et Eczema toxicum,
    pustulöse Formen: Furunculi et Ecthyma toxicum,
    hämorrhagische Form: Purpura toxica.
2. Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefässe:
    Urticaria toxica.
3. Mit Gefässverstopfung und dem Ausgang in Nekrose:
    Ergotismus.

III. Familie. Essentielle (idiopathische, diathetische) Angioneurosen der Haut.

1. Mit vorwaltender entzündlicher Wallung:
    Erythanthema essentiale.

Varietäten:

maculo-papulöse Formen:

α) oberflächlich: Erythema multiforme, papulatum, circinatum, Iris, annulatum,

β) tiefliegend: Erythema nodosum;

vesiculöse, bullöse und pustulöse Formen:

Herpes circinatus, Iris, annulatus,
Herpes phlyctaenoides,
Herpes impetiginosus (Impetigo herpetiformis),
eczematöse und pemphigoide Efflorescenzen auf angioneurotischer Grundlage, bei Hysterischen u. dgl.

haemorrhagische Form: Purpura (Peliosis) rheumatica.

2. Mit vorwaltendem Krampf der Hautgefässe:

Cnidosis (Urticaria essentialis, chronica).

3. Mit Gefässerweiterung und Neubildung von Gefässen:

Erythema angiectaticum (Acne rosacea).

Dritte Classe.

Neuritische Dermatosen.

Durch Erkrankung sensibler (und zugleich trophischer?) Nervenelemente bedingte Dermatosen.

I. Familie. Neuritische Dermatosen mit cyklischem Verlaufe.

Herpes neuriticus (Zona, Herpes Zoster),
Herpes febrilis (Hydroa febrilis) (?).

II. Familie. Neuritische Dermatosen mit acyklischem Verlaufe.

1. Mit vorwiegender entzündlicher Wallung (Neuritische Entzündungsprocesse der Haut):

Erythanthema neuriticum.

Varietäten:

maculo-papulöse Formen: Erythema neuriticum,
vesiculöse und bullöse Formen: Herpes, Pemphigus et Eczema neuriticum,
pustulöse Formen: Furunculi et Ecthyma neuriticum,
haemorrhagische Form: Purpura neuritica.

2. Mit vorwiegendem Krampf der Hautgefässe (neuritische Oedeme der Haut):

Urticaria neuritica.

3. Mit vorwiegender Atrophie der Haut (neuritische Atrophien der Haut):
    Liodermia neuritica (Glossy skin),
    Onychogryphosis neuritica,
    Alopecia neuritica,
    Leukodermia neuritica.
4. Mit wirklicher Nekrose der Haut (neuritische Nekrosen der Haut):
    Phlegmone neuritica (chronica),
    Decubitus neuriticus (acutus).

Vierte Classe.

Stauungs-Dermatosen.

Dermatosen mit dem Charakter der passiven Circulationsstörung und beeinträchtigter venös-lymphatischer Aufsaugung.

A. Mit unvollständiger Stauung.

I. Familie. Stauungs-Hyperämien und Anämien.

Cyanosis,
Ischaemia cutis localis,
Haemorrhagia cutis,
Haemoglobinorrhoea cutis.

II. Familie. Stauungs-Transsudationen.

1. Das Transsudat verharrt in flüssiger Form:
    Oedema cutis.
2. Die Transsudation führt zur Induration und Hypertrophie des Bindegewebes der Haut:
    Elephantiasis Arabum.
3. Die Transsudation führt zur Atrophie des Bindegewebes der Haut:
    Sclerema cutis
    a) neonatorum,
    b) adultorum (Sclerodermie).

B. Mit vollständiger Stauung.

Einzige Familie. Stauungs-Nekrosen.

Decubitus traumaticus,
Gangraena idiopathica,
Asphyxia localis cum Gangraena symmetrica,
Malum perforans pedum,
Ainhum.

Fünfte Classe.

Hämorrhagische Dermatosen.

Dermatosen in Folge gesteigerten Durchtritts rother Blutkörperchen durch die Gefässwände der Haut ohne entzündliche Wallung oder locale Stase in derselben.

I. Familie. Traumatische Hämorrhagien.

Ecchymosen (Petechien, Vibices).

II. Familie. Essentielle (von äusseren Reizen unabhängige) Hämorrhagien.

1. Mit geringem Hervortreten allgemeiner Störungen des Organismus:
   Purpura: a) simplex,
   b) papulosa.
2. Mit vorwaltenden allgemeinen Störungen:
   Morbus maculosus (Purpura haemorrhagica).
   Scorbutus.

Sechste Classe.

Idioneurosen der Haut.

Functions-Anomalien der cutanen Nervenausbreitungen ohne trophische Veränderungen der Haut.

A. Sensibilitätsneurosen der Haut.

I. Familie. Neurosen des Tastsinns (Aesthesionosen der Haut).

Hyperaesthesia cutis.
Anaesthesia "
Paraesthesia "

II. Familie. Neurosen des cutanen Gemeingefühls (Dermatalgien).

1. Die Neurose tritt als Schmerz auf:
   Neuralgiae cutis.
2. Die Neurose tritt in Form des Juckreizes auf:
   Als reine Sensibilitätsneurose:
   Pruritus cutaneus.
   Combinirt mit einer Motilitäts-Neurose (Krampfcontractur der Arrectores pilorum):
   Prurigo.

B. Reine Motilitätsneurosen der Haut.

Einzige Familie. Dermatospasmus.

Cutis anserina.

Siebente Classe.

Epidermidosen.

Wachsthums-Anomalien der Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde.

A. Anomalien der Horn- und Secretbildung (Keratonosen).

Erste Reihe. Keratosen im engeren Sinne.

I. Familie. Hyperkeratosen.

1. Diffus:
   Ichthyosis diffusa: a) simplex,
   b) histrix.
2. Um die Follikel:
   Lichen pilaris,
   Ichthyosis follicularis.
3. In Herden, aber von den Follikeln unabhängig:
   Das Hauthorn, cornu cutaneum,
   die Schwiele, Tyloma,
   das Hühnerauge, Clavus.

II. Familie. Parakeratosen.

1. Diffus:
   Psoriasis.
2. Folliculär:
   Lichen ruber et planus.

III. Familie. Keratolysen.

Pityriasis: a) (alba) simplex,
b) (rubra) essentialis.
Dermatitis exfoliativa infantum.

Zweite Reihe. Trichosen.

I. Familie. Hypertrichosen.

Hypertrichosis congenita.

II. Familie. Paratrichosen.

Trichorrhexis nodosa,
Trichoptilosis.

III. Familie. Atrichosen.

1. Diffus:
   Alopecia diffusa a) simplex,
   „ „ b) pityrodes.
2. In Herden:
   Alopecia areata.

Dritte Reihe. Onychosen.

I. Familie. Hyperonychosen.

Hyperonychia.

II. Familie. Paronychosen.

Onychogryphosis idiopathica.

III. Familie. Onycholysen.

Onycholysis idiopathica.

Vierte Reihe. Steatosen.

I. Familie. Hypersteatosen.

Seborrhoea: a) oleosa,
b) crustosa.

II. Familie. Parasteatosen.

Grutum,
Milium,
Atheroma (nebst Acrochordon und Naevus follicularis),
Amyloidmilium (Molluscum contagiosum),
Haloidmilium.

III. Familie. Asteatosen.

Xerodermia: a) congenita,
b) acquisita.

Fünfte Reihe. Idrosen.

I. Familie. Hyperidrosen.

Hyperidrosis idiopathica.

II. Familie. Paridrosen.

Chromidrosis,
Bromidrosis,
Haematidrosis,
Uridrosis.

III. Familie. Anidrosen.

Anidrosis idiopathica,
Dysidrosis (Cheiropompholix).

B. Anomalien der Pigmentbildung in der Haut (Chromatosen).

I. Familie. Hyperchromatosen.

1. Angeboren:
Naevus pigmentosus:

Varietäten:
spilus,
verrucosus,
pilosus.

2. Erworben:
Chloasma: fuscum (uterinum),
nigrum (Melasma),
Lentigines (Ephelides).

II. Familie. Parachromatosen.

Coloratio cutis ex Ictero, Argyria,
durch Tätowiren,
ex morbo Addisonii,
ex Cachexia intermittente etc.

III. Familie. Achromatosen.

1. Angeboren:
Albinismus: a) universalis,
b) partialis;
Poliosis.
2. Erworben:
Vitiligo;
Canities praematura.

C. Anomalien der Stachelschicht der Epidermis (Akanthosen).

I. Familie. Hyperakanthosen (einfache Akanthome).

1. Wucherung der Stachelschicht an der Hautoberfläche (warzenartige Akanthome):
Verruca,
Condyloma acuminatum.
2. Wucherung von Drüsenschläuchen (cutane Adenome):
Idrotadenoma (Schweissdrüsenadenom der Haut).

II. Familie. Parakanthosen (alveolare Akanthome).

1. Mit deutlicher Verhornung der neugebildeten Zellen:
Epithelioma:
Varietäten:
superficiale (Ulcus rodens),
profundum.

2. Ohne Verhornung der neugebildeten Zellen:
Carcinoma cutaneum:
Varietäten:
molle,
colloides,
melanodes.

III. Familie. Akantholysen.

Pemphigus essentialis:
a) acutus,
b) chronicus.
Varietäten:
bullosus,
foliaceus.
Gangraena cachectica infantum.

Achte Classe.
Chorioblastosen.

Wachsthums-Anomalien des Lederhaut- und des subcutanen Bindegewebes der Haut.

A. Uebermässige Entwickelung des Bindegewebslagers.

Einzige Familie. Hyperdesmosen.

Makrosomia.

B. Paratypisches Wachsthum des Bindegewebslagers der Haut (Paradesmosen).

I. Familie. Granulome der Haut.

Lupus essentialis (idiopathicus):
a) tuberculosus,
Varietäten:
L. scleroticus,
L. exuberans;
b) erythematosus.
Scrophuloderma:
papulosum et vesiculosum (Lichen scrophulosus),
squamosum (Pityriasis scrophulosa),
tuberculosum (Lupus scrophulosus),
" gummosum,
" ulcerosum.

Tuberculosis cutis.

Lepra:

tuberculosa,
maculosa,
anaesthetica.

Syphiloderma:

maculosum,
papulosum et squamosum,
vesiculosum,
bullosum,
pustulosum,
tuberculosum (Lupus syphiliticus),
„ gummosum,
„ ulcerosum.

Rhinoscleroma.

Granuloma fungoides.

II. Familie. Desmome der Haut.

Fibroma cutis,
a) disseminatum,
b) keloides,

Osteoma cutis,
Chondroma „
Lipoma „
Myxoma „
Hyaloma „
Xanthoma „
Myoma „
Neuroma „
Angioma „
a) Phlebangioma, } Varietäten: simplex,
b) Lymphangioma, } cavernosum.

Sarcoma cutis.

C. Schwund des Bindegewebslagers oder angeborene mangelhafte Entwickelung desselben.

Einzige Familie. Adesmosen.

1. Universell und diffus:

Liodermia essentialis (congenita?).

2. Partiell:
Striae atrophicae cutis.

Neunte Classe.

Dermatomykosen.

Pilzkrankheiten der Haut und ihrer Anhänge.

I. Familie. Mykosis scutulata (favosa, lupinosa, Favus).

Dermatomykosis favosa,
Trichomykosis „
Onychomykosis „

II. Familie. Mykosis circinata (Herpes tonsurans, Ringworm).

Dermatomykosis circinata:
Varietäten:
D. maculo-vesiculosa,
D. marginata (Eczema marginatum),
D. diffusa (imbricata Manson).
Trichomykosis circinata.
Onychomykosis „

III. Familie. Mykosis pustulosa.

Dermatomykosis pustulosa (Impetigo contagiosa ?).
Trichomykosis pustulosa:
Varietäten:
Tr. barbae (Sykosis parasitaria),
Tr. capillitii (Kerion Celsi).

IV. Familie. Mykosis furfuracea (pityrodes).

Dermatomykosis furfuracea (Pityriasis versicolor).

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

1. **Hans Hebra.** Beitrag zur Anatomie des Nagels. (Wiener med. Jahrb. 1. u. 2. Heft, 1880.)
2. **Zabludowski.** Der Verhornungsprocess während des Embryonallebens. (Mittheilungen aus dem embryolog. Institute der Wiener Universität. II. Bd. 1. Heft 1880.)
3. **Fleischer.** Zur Frage der Hautresorption. (Virchow's Archiv, LXXIX. Bd. 1880).
4. **Bulkley.** Ueber die Anwendung des Wassers bei Behandlung der Hautkrankheiten. (Chicago med. Journ. and Examiner. 1880. Jan. — Memorabil. 5. 1880.)

Nach Hans Hebra (**1**) bildet nicht, wie Unna angibt (siehe d. Vierteljhrsch. p. 411, 1876), die ganze Lunula die Nagelmatrix, sondern nur derjenige Theil derselben, welcher am meisten central (proximal) gelegen ist, während der peripherische (distale) Theil derselben, welcher in seiner Gestalt dem Durchschnitt einer biconvexen Linse gleicht, keinerlei Beziehung zum Wachsthum des Nagels haben soll. Als Beweisgrund für diese Anschauung führt Verf. die Thatsache an, dass nur der centrale (hintere, proximale) Theil der Lunula eigenthümlich spitze, kegelförmige Papillen enthält, wogegen der periphere (vordere, distale) Theil aus kammartigen und nach der Fingerspitze hin aus verstrichenen glatten Leistchen besteht. Die eigenthümliche Färbungsdifferenz zwischen Lunula und dem übrigen Theil des Nagelbettes sei einerseits durch den verschiedenen Gefässreichthum, andererseits auch dadurch bedingt, dass der Nagel über der Lunula direct auf der Malpighi'schen Schicht der Epidermis aufliegt, während an dem vorderen Theile des Nagelbettes sich zwischen Nagel und Malpighi'scher Schleimschicht die Körnerschicht

der Epidermis der Fingerspitze von vorneher einschiebt. Die eingeschobene Körnerschicht wird nicht zur Verdickung des Nagels benutzt, wie Verf. aus der Thatsache schliesst, dass dieselbe auf Querschnitten ein gestreiftes, der über ihr gelegene Nagel dagegen (jedoch nur in der untersten Schicht) ein feinpunktirtes Ansehen hat.

Aus Untersuchungen über den Verhornungsprocess während des Embryonallebens der Vögel, welche Zabludowsky (2) im Anschlusse an die bekannte Arbeit Unna's (siehe diese Vierteljahrsschr. pag. 407 ff. 1876) angestellt hat, zieht der Autor folgende Schlüsse:

1. Die Zellen des äusseren Keimblattes, welche beim Huhne ungefähr am 4.—5. Tage der Bebrütung aus zwei Lagen bestehen, werden in späteren Stadien (am 9. Tage der Bebrütung beim Huhne, dem 7. Tage bei der Taube) am Schnabel auffällig verdickt.

2. Die verdickte Masse wird durch die Theilung der ursprünglich vorhandenen Zellen gebildet. Die neugebildeten Elemente liegen zwischen den ersten beiden Zellenlagen.

3. Die neuformirten Zellen besitzen bald in ihrem Protoplasma grössere und kleinere tropfenartige Gebilde, welche sich aus dem Protoplasma der Zellen bilden und die hornige Masse gleichsam in weniger festem Zustande enthalten, ungefähr so, wie die Fettzelle das Fett enthält. Dieses Stadium ist beim Huhne ungefähr bis am 11. bis 12. Tage, bei der Taube am 7. bis 8. Tage der Bebrütung zu sehen.

4. Ist die Zelle von diesen Tröpfchen stark durchsetzt, so werden diese immer kleiner, bis sie die ganze Zelle einnehmen, wobei die Elemente des Schnabels härter werden. Dies beginnt beim Huhne am 12. Tage und ist am 17. Tage schon deutlich wahrnehmbar, während bei der Taube der Verhornungsprocess am 12. Tage nahezu vollendet ist.

5. Derselbe Vorgang zeigt sich am Oberhäutchen und in den tieferen Schichten des Schnabels. Nur werden in letzteren zuweilen die Körnchen in Form von Streifen in der Zelle angeordnet.

6. Das Aussehen der in Verhornung begriffenen Zellen, wie wir sie am Schnabel des Hühnerembryos vom 9. Tage und des Taubenembryos vom 7. Tage sehen, konnte Verf. an der Klaue von 14 Ctm. langen Schweinsembryonen beobachten.

In einer Arbeit über den Zusammenhang von Hautresorption und Albuminurie (siehe diese Vierteljahrsschr. p. 115 u. 611, 1879) hatte Lassar über eine grössere Reihe von Experimenten referirt, die er an Kaninchen angestellt hat, um den Einfluss der äusseren Application verschiedener Substanzen auf den Thierkörper kennen zu lernen. Er fand dabei, dass nach Einpinselungen von Olivenöl, Rüböl, Leberthran, Leinöl, Petroleum eine Infiltration der Organe des Kaninchens mit diesen Stoffen stattfindet und somit angenommen werden müsse, dass dieselben ohne Hinderniss die intacten Hautdecken passiren und in den Kreislauf gelangen. Nach seiner Ansicht ist es schwierig, den Weg zu erkennen, welchen diese Oele durch die Haut genommen haben, jedoch sprechen Osmiumpräparate am meisten dafür, dass es die Haarfollikel seien, welche eine bequeme Eingangspforte darstellen. Lassar findet es auffallend, dass Fleischer in seiner Arbeit über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut eine Aufnahme von Wasser, darin gelöster Substanzen und in Salbenform angewandter Medicamente geläugnet habe.

Fleischer (3) polemisirt nun dagegen, dass Lassar sich auf Beobachtungen von Unna stützt, welche beweisen sollen, dass die Haut des Kaninchens bezüglich des Resorptionsvermögens sich genau ebenso verhält wie die des Menschen. Bekanntlich habe Unna in seiner Mittheilung über Albuminurie während der Styraxeinreibungen Krätziger (s. d. Vierteljahrsschr. p. 116, 1879) hervorgehoben, dass in Folge dieser Kur bei einer kleinen Anzahl von Fällen Eiweiss im Harn auftritt und diese transitorische Albuminurie jedenfalls auf die Einwirkung des durch die Haut aufgenommenen und im Harn erscheinenden Styrax auf die Capillarwände in den Nieren zu beziehen ist. Lassar halte nun die scabiöse eczematöse Haut der normalen gleichwerthig. Die Unzulässigkeit solcher Schlussfolgerungen liege aber auf der Hand. Dagegen will Vf. zugeben, dass die längst bekannte Resorption von Wunden aus durch Unna's Beobachtungen wieder aufs Neue bestätigt ist. Was ferner die Theerintoxication betrifft, welche für eine Aufnahme durch die intacte Haut sprechen soll, so werden seines Wissens keine Theereinreibungen der normalen Haut gemacht (? A.) und so beweise diese Thatsache für Lassar nichts.

L. finde die Ursache, weshalb die Resorptionsversuche der verschiedenen Arbeiten so verschiedene Ergebnisse lieferten, in der Natur des auf die Haut gebrachten Stoffes.

Da nämlich die verhornte Epidermis keine Durchlässigkeit besitze, so können nur die Ausführungsgänge der Schweiss- und Talgdrüsen, die mit öligem Secret und Fettkörnchen gefüllt sind, wodurch das Eindringen von Wasser verhindert wird, die Communication vermitteln: Dadurch erklären sich die negativen Resultate bei Versuchen mit Wasser und darin gelösten Stoffen. Dagegen stehe der Aufsaugung von solchen Stoffen nichts entgegen, welche wie das Oel sich mit dem Inhalt der Drüsensubstanz mischen, oder wie alkoholische Lösungen dieselben verflüssigen können. Es beschränke sich also die Resorption, wie dies übrigens schon von anderen Forschern oft hervorgehoben ist, auf solche Substanzen und die darin gelösten oder fein suspendirten Ingredienzien, für die das Vorhandensein einer Fettschicht in den Ausführungsgängen der Hautdrüsen kein Hinderniss des Vordringens abgibt.

Der Verf. weist nun darauf hin, dass nach Lassar, da wir sehr viele Stoffe pulvern und mit Oel oder Fett fein verreiben können, welche nun in dieser Form aufgenommen werden sollen, die Resorptionsfähigkeit der intacten menschlichen Haut eine nahezu unbegrenzte sein müsste. Wäre dies richtig, so hätte Vf. bei den ausgedehnten Einreibungen seiner äusseren Haut mit Veratrin und Morphinsalben (0,5 p. d. Veratrin, 1,0 Morph. acet.) irgend einen Einfluss auf sein Allgemeinbefinden verspüren müssen. Diese Resultate ignorire L. ebenso wie die anderen zahlreichen Versuche, die mit Jodkalisalben (1. Jodkali einfach mit Fett verrieben, 2. mit dem Ungt. kal. jod. 3. mit in Alkohol gelöstem Jodkali und Fettzusatz, 13 Versuche) von ihm sämmtlich mit negativem Erfolg angestellt sind. Niemals sah Verf. auch nur Spuren von Jod im Harn auftreten, welches, wie Verf. vorher constatirt hatte, bei innerlicher Darreichung von 0,001 (also einer bereits für irgend einen Heileffect irrelevanten Menge) im Harn nachweisbar ist. Vf. habe überdies kürzlich noch einen Versuch gemacht und die Resorptionsbedingungen im Lassar'schen Sinn möglichst günstig zu gestalten gesucht. 1 Grm. Jodkali wurde in Glycerin gelöst und nach Mischung mit Olivenöl in dieser Linimentform in die Unterextremität einer Kranken eingerieben und dann durch geeigneten Verband nach aussen möglichst gut abgeschlossen. Der Harn der folgenden 48 Stunden (während derer die Salbe auf der Haut blieb) enthielt keine Spur von Jod. (Negative Erfolge beweisen Nichts. Dass aber Quecksilbersalbe durch die intacte Haut dringt, wird der Vf. wohl nicht läugnen. A.)

Bulkley fasst die Wirkungen des Wassers bei Hautkrankheiten in einem Aufsatze zusammen (4), dem wir Folgendes entnehmen:

Was zunächst den Gebrauch des Wassers im gesunden Zustande betrifft, glaubt Verf., dass tägliche kalte Abwaschungen mit nachfolgenden Abreibungen sowohl mit Bezug auf die Haut, als auch die Constitution im Allgemeinen präventiv von ganz unschätzbarem Werthe sind.

Verbieten die Anlage des Nervensystems oder andere Verhältnisse den täglichen Gebrauch des Wassers in obiger Weise, dann sollten in bestimmten Zwischenräumen — einmal in der Woche — allgemeine warme Bäder genommen werden, zum Zwecke der Reinigung und Beförderung der Hautthätigkeit. — Von der beliebten häufigen Benützung russischer und türkischer Bäder von Seite Gesunder räth der Verf., als einem keineswegs gleichgiltigen mächtigen Stimulans, ernstlich ab. — Die Anwendung des Wassers bei Erkrankungen der Haut beurtheilt sich am besten unter folgenden Abtheilungen:

1. Gewöhnliche Wasserbäder, mit Einschluss der Fluss- und Seebäder. 2. Abwaschungen, Baden und Bähungen mit heissem oder kaltem Wasser. 3. Kalte oder warme Einpackungen — eigentliche Wasserkur. 4. Dampf- und heisse Luftbäder. 5. Bäder mit medicamentösen Zusätzen. 6. Natürliche Mineralwasserbäder.

1. Die gewöhnlichen warmen Bäder empfehlen sich beim chronischen Schuppeneczem, Psoriasis, Ichthyosis, Lupus und bei hartnäckigen, syphilitischen Geschwüren. Eine Gegenanzeige finden sie bei acutem Eczem und noch mehr beim subacuten, bei Urticaria, sowie überhaupt bei allen entzündlichen Affectionen der Haut. Wohl beachte man, dass man bei juckenden Ausschlägen Abreibungen nach dem Bade auf das nothwendigste beschränke. — Fluss- und Seebäder bewähren im Allgemeinen sich nicht, mit Ausnahme bei Psoriasis, bei der warme Seewasserbäder sehr wohlthätige Erfolge erzielten. In gewissen entzündlichen Affectionen der Haut — vor Allem bei Eczem und Acne, welch letztere der Verf. während der Badekur geradezu entstehen sah, und bei der er in älteren Fällen eine auffallende Verschlimmerung häufig beobachtete, soll man sich vor Seebädern hüten.

2. Abwaschungen und Bähungen mit kaltem oder heissem Wasser finden häufig Anwendung, wo sie direct schädlich wirken, so bei syphilitischen Geschwüren, die nicht selten jeder inneren Medica-

tion Widerstand leisten, so lange man an fleissigen Abwaschungen festhält, die aber ebenso rasch heilen bei einfach trockenem Verbande. — Beim Eczem der Kinder, speciell beim Eczema capitis erlaubt Bulkley höchstens zweimal die Woche eine Abwaschung und zwar nur, um unmittelbar nach derselben auf die reine Oberfläche ein zweckdienliches Mittel aufzutragen. Auch bei dem begrenzten Eczeme der Erwachsenen erweist sich häufiges Baden oder Bähen der ergriffenen Körpertheile als schädlich, wie ja bei gewissen Beschäftigungen, z. B. bei Wäscherinnen, Schankkellnern erfahrungsgemäss eine Heilung unmöglich ist, so lange sie ihrem Geschäfte nachgehen. Andererseits leisten fleissige Abwaschungen und Abreibungen vortreffliche Dienste bei dem umschriebenen Eczeme mit bedeutender Verdickung der Haut und unerträglichem Jucken. Nichts beruhigt beim Eczem des Afters und der Vulva mehr, als das Anpressen eines in heisses Wassers getauchten Tuches, so heiss als man es ertragen kann, 2—3mal hintereinander erneuert und gefolgt von medicamentösen Einreibungen. Bei Pruritus und Eczema scroti erzielte B. die günstigsten Erfolge durch Eintauchen dieser Theile in einen mit sehr heissem Wasser gefüllten Topf. — Chronische Eczeme der Palma manus, mit harter, trockener, rissiger Oberfläche und dadurch bedingter Unbrauchbarkeit der Hand schmelzen hinweg nach dem Eintauchen derselben in nahezu kochendes Wasser und nachfolgendem Auflegen von Diachylonsalbe. — Indolente Fussgeschwüre verändern sich sichtlich und vernarben rasch bei abwechselnden Applicationen von kaltem und heissem Wasser mittelst Tüchern. — Ueberraschend sind oft die Erfolge mit heissem Wasser in gewissen Formen der Acne. Während ein längeres Baden des Gesichtes in einfach warmem Wasser das Leiden verschlimmert, bemerkt man das Gegentheil bei Bähungen des Gesichtes mittelst 2—3mal innerhalb 3 Minuten gewechselter, in sehr heisses Wasser getauchter Leinwandlappen. Ist es angezeigt, lässt man Scarificationen der einzelnen Pusteln vorausgehen.

3. Die eigentliche Wasserkur sollte nur selten bei Hautkrankheiten verordnet werden. Werth habe sie nur bei der acuten Psoriasis und nach Hebra beim allgemeinen acuten Eczeme (je nachdem A.).

4. Dampf- und heisse Luftbäder werden im Allgemeinen wegen mangelnder Einrichtungen nur selten in Betracht kommen. Viel leisten beide nicht; doch hält B. das heisse Luftbad mit nachfolgender kalter Douche empfehlenswerther und sicherer. Eine

entschiedene Wirkung vindicirt der Verf. den Mercurialdampfbädern in syphilitischen Hautausschlägen bei zweifellos festgestellter Diagnose, sonst können dieselben, sowie die Schwefeldampfbäder im Ganzen mehr Unheil anstiften als Nutzen bringen.

5. Bäder mit medicamentösen Zusätzen nehmen nach B. einen hohen Rang in der Hydrotherapie ein, nicht nur insoferne die örtliche Erkrankung der Haut in Betracht kommt, sondern wegen ihrer constitutionellen Wirkung im Allgemeinen. Die Erfahrung lehrt, dass warme Bäder, insbesondere mit Zusatz von Alkalien, ein gut Theil zur Verbesserung des Allgemeinbefindens und zur Beseitigung des örtlichen Leidens beitragen, selbst an Orten, die nicht mit dem Bade in Berührung kommen, so bei Acne und in einzelnen Formen von Eczem des Kopfes und Gesichtes. — Bulkley's am meisten in Gebrauch gezogene Mischung besteht aus 120 Grm. Kal. carbon.; 60 Grm. Natr. carbon. und 30 Grm. pulveris. Borax mit $^1/_8$—$^1/_4$ Kilo Stärke auf ein Bad von 120 Liter Wasser. Dies gibt ein mildes alkalinisches Bad, wirkt beruhigend in den meisten Fällen und heilend im subacuten Eczem und in Urticaria. Man lässt den Kranken vor dem Zubettegehen, bei einer Temperatur von 30—40° C., durch 15 bis 20 Minuten in diesem Bade. Verlässt er dasselbe, so darf die Haut bei juckenden Ausschlägen nur mit gewärmten Tüchern abgetrocknet, aber nicht abgerieben werden, worauf man die erkrankten Flächen mit einer entsprechenden Salbe, z. B. Stärkeglycerin oder Cosmoline 50 Grm., Acid. carbol. 0,5—1,00 bedeckt. Selbstverständlich können alle die genannten Ingredienzien vermehrt oder vermindert werden, so bei Psoriasis, Prurigo, Ichthyosis. — Schwefelkalium erprobte B. als unzuverlässig. Zusätze von Sublimat gegen Syphiliden und Lupus sind bekannt und besonders von Hebra empfohlen.

6. Natürliche Mineralwasserbäder endlich haben ohne Zweifel in bestimmt ausgewählten Fällen ihren Nutzen, obgleich B. glaubt, dass ihr Werth im Allgemeinen überschätzt wird.

5. **Matthés.** Ein Fall von Eczema universale. (Memorabilien 4, 1880.)

6. **v. Genser.** Ueber die Anwendung der Salicylsalbe bei Eczemen und anderen Hauterkrankungen kleiner Kinder. (Ctr.-Ztg. f. Kinderheilk. 1879.)

7. **Johne.** Ueber Sarkoptesräude bei den Katzenraubthieren im zoologischen Garten zu Dresden. (Arch. f. Thierheilkunde VI. S. 145. — Ctbl. Nr. 30, 1880.)
8. **v. Lesser.** Ueber die Todesursachen nach Verbrennungen. (Virchow's Archiv Bd. LXXIX. p. 248. 1880.)
9. **Ponfick.** Derselbe Gegenstand. (Centralbl. für d. med. Wissensch. Nr. 11 u. 16, 1880.)
10. **Loebl.** Beitrag zur antiseptischen Therapie des Erysipels. (Wiener med. Presse Nr. 26, 1880.)

Die Behandlung eines schweren Falles von universellem Eczem nach Matthés (5) bestand im Wesentlichen darin, dass Verf. den Pat. sorgfältig in Flanellbinden einwickelte, die dick mit Ung. diachylon Hebra bestrichen waren: und zwar blieb kein Theil der Haut mit Ausnahme der Kopfhaut (über deren Behandlung weiter unten das Nähere) der Einwirkung der Salbe entzogen. Jeder Finger, jede Zehe wurde für sich eingewickelt, am Stamm die Salbenlappen so gut als es eben ging befestigt, das Gesicht mit einer Maske bedeckt, deren Innenwand, mit Flanell gefüttert, die Salbenmasse aufnahm. Der Verband wurde Morgens und Abends gewechselt, die mit Salbe imprägnirten Flanellstücke oberflächlich mit einem stumpfen Messer von Salbe gereinigt, dann frische aufgetragen und so wieder aufgelegt. Alle acht Tage wurde frischer Flanell in Anwendung gezogen. Gewaschen wurde an dem Pat. nichts, und zwar während der ganzen Dauer der Salbencur, die 7 Wochen in Anspruch nahm. Schon nach den ersten Tagen der Salbenanwendung verschwanden die Borken und heilten die Kratzeffecte, die Haut war roth, juckte auch noch stark und von Tag zu Tag wurden neue Nachschübe von Eczembläschen bemerkt. Diese wurden aber bei consequenter Durchführung des eingeschlagenen Verfahrens immer seltener, so dass nach sieben Wochen dieser allerdings für den schwächlichen Pat. ziemlich anstrengenden Behandlung an ungefähr $^{9}/_{10}$ der Haut die Salbe entfernt und zur Theeranwendung geschritten werden konnte.

Diese bestand darin, dass Verf. an sämmtlichen nicht mehr nässenden aber noch rothen, schuppenden und juckenden Hautstellen gutes Ol. rusci mit einem steifen Borstenpinsel in möglichst dünner Schicht auftrug und gut mit festem Pinselstrich in die Haut verrieb. Dieses Eintheeren wurde so lange täglich wiederholt, bis auf der Haut

der Theer gut haftete und auch nach Tagen noch die leicht braune Färbung sichtbar blieb. Im Laufe von vier Monaten war nach und nach die ganze Decke zum Normalen zurückgekehrt und vertrug ohne Reaction das Wasser. Dazu trug Pat. ein Flanellhemd und Flanellunterhosen. Das Juckgefühl war verschwunden und Pat. wurde vollkommen hergestellt entlassen.

Das Eczem der Kopfhaut des Pat. behandelte Verf. in folgender Weise: Die Kopfhaut wurde mit gutem Olivenöl während einiger Tage auf das reichlichste eingeölt und darüber eine Flanellhaube getragen. Nachdem sämmtliche Borken durch das Oel erweicht waren, wurden die kranken Stellen tüchtig mit Seifengeist (Spir. saponat. kalin.) abgeseift, was in der Weise geschieht, dass man einen feuchten Flanelllappen durch Aufgiessen von Seifengeist tränkt und dann so lange damit die Kopfhaut einreibt, dass ein dichter Seifenschaum dieselbe bedeckt. Diesen spült man dann durch ein ziemliches Quantum lauwarmen Wassers ab, macht die Kopfhaut mit einigen Handtüchern gut trocken, und ölt sofort wieder tüchtig ein. Zur Bedeckung dann die Flanellhaube. Die Besserung ist sofort eine auffällige und rasch vorwärts schreitende, und fährt man mit der ganzen Procedur so lange fort, bis die Kopfhaut normales Aussehen hat, gebraucht aber die Vorsicht noch längere Zeit gut einzuölen.

Die Salicylsalbe wird in der Wiener Findelanstalt durch nahezu 2 Jahre bereits gegen Eczem in Verwendung gezogen. Die Resultate der Beobachtungen nach v. Genser (6) sind folgende: Die Salicylsalbe hat bei nässenden Eczemen eminent günstige Erfolge. Die damit behandelten kranken Hautpartien trocknen in kurzer Zeit ab, die anfangs noch stark geröthete Haut schuppt sich öfters ab, wird dabei immer blässer und schliesslich ad integrum restituirt. Nachtheile wurden gar keine von der Salbe gesehen; sie bewirkt natürlich unmittelbar nach ihrer Application ein mehr oder minder heftiges Brennen, die Kinder schreien ein bischen, beruhigen sich aber bald wieder. Selbstverständlich darf man von der Salbe nicht zu viel erwarten: sie hindert nicht das Aufschiessen neuer Eczembläschen in der Peripherie, also das Weiterschreiten des Eczemes; einzelne Fälle bewährten sich auch unter der Einwirkung der Salicylsalbe als äusserst hartnäckig, konnten aber schliesslich doch der Heilung zugeführt werden, ohne dass man genöthigt war, interne Mittel in An-

wendung zu ziehen. Weniger günstig wirkte die Salicylsalbe bei trockenen schuppenden Eczemen, wie sie bei Säuglingen öfters, besonders im Gesichte vorkommen: in diesen Fällen hat sich immer noch der Theer am besten bewährt. Gute Erfolge wurden mit der Salbe auch bei Intertrigo der Kinder gesehen. Ferner wurde die Salicylsalbe ausser bei Eczemen auch bei der von Ritter sogenannten Dermatitis exfoliativa (siehe diese Vtljhrschr. 1879, pag. 129) in Verwendung gezogen. Ritter hebt hervor, dass manchmal das von der Epidermis entblösste Corium stark nässe, manchmal bald trocken und rissig werde. Gerade bei der ersten Form, welche zugleich die weitaus häufigere ist, traten die Vorzüge der Salicylsalbe sehr ins Auge, indem, gleichwie bei den Eczemen, das Nässen bald zum Stillstand gebracht wurde, worauf in jenen Fällen, die überhaupt zur Heilung gelangten, sehr bald eine feine Oberhaut sich bildete, die, anfangs kleienförmig abschuppend, nach und nach zur Norm zurückkehrte.

Weitere Heilerfolge wurden mit der Salicylsalbe bei den so lästigen Excoriationen der Brustwarzen der Ammen, wenn dieselben nicht zu tief gingen, wo dann überhaupt fast regelmässig jede Therapie, so auch die ausgiebigsten Aetzungen mit Lapis en crayon, scheitert. Die Dose war 4%.

Rp. Acid. salicyl. 2·0, Solve in pauc. Alc. rctftss., Ungt. emoll. 50·0, m. f. ungt. Die Salbe wird auf die von den Krusten und Borken früher gut gereinigten Hautstellen aufgelegt, wo dies möglich, oder öfter im Tage eingerieben, wo kein Verband anzubringen ist. Eine stärkere procentualische Zusammensetzung der Salbe, wie z. B. Fleischmann angibt (2 : 5—5 : 35), ist überhaupt nicht nöthig, ja kann sogar manchmal durch zu starke Reizung der Haut eher schädlich wirken; man war dann genöthigt, zur milderen Salbenform zurückzukehren; in heftigen Fällen von Dermatitis exfoliativa, wo fast die gesammte Epidermis abgehoben ist, war von Anfang an eine noch schwächere Dosirung (3—2%) in Anwendung.

Bei mehreren Leoparden und Löwen fand Johne (7) einen Räudeausschlag, der durch Perubalsam (in Spiritus gelöst und durch kräftige Gebläse zerstäubt) geheilt wurde. In den Räudeborken fanden sich grosse Mengen von Milbeneiern und von Sarkoptes-Individuen, die der Species Sarkoptes communis angehörten, also derselben Milbenart, welche auch die menschliche Krätze erzeugt.

v. Lesser hat (8) Experimente angestellt, um die reflectorische Hypothese Sonnenburg's, wonach der rasche Tod nach ausgedehnten Verbrennungen durch reflectorische Herabsetzung des Gefässtonus bedingt sein soll, von Neuem experimentell zu prüfen. Für die reflectorische Hypothese liegt ihm zufolge keine Berechtigung vor. Die Annahme einer Ueberhitzung des Gesammtblutes wird durch sorgfältige Temperaturmessungen als unrichtig hingestellt. Während bei Kaninchen bei Verbrühung in siedendem Wasser die subcutane Temperatur bis 70° C. und höher steigen kann, erhebt sie sich bei Hunden nur um wenige Grade über die Norm. Ebenso erscheint die Annahme des tödtlichen Ausganges durch die Unterdrückung der Hautperspiration als nicht stichhaltig. Dass dagegen Veränderungen im Blute selbst beim Durchströmen der verbrannten Bezirke eintreten müssen, dafür spricht nach dem Vf. nicht nur die hochgradige Temperatursteigerung unter den verbrannten Hautbezirken, sondern auch die experimentell festgestellte lange Nachdauer dieser Temperatursteigerung. In der That finden sich nach jeder intensiven Verbrennung oder Verbrühung ausgeprägte Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, reichliche zackige Formen, ausgelaugte Scheiben (Schatten), viele Bröckel von rothen Blutscheiben und körniger sowie auch gelöster Blutfarbstoff, welcher das Serum intensiv dunkelroth färbt. Falls die Individuen die Verbrennung überleben, werden der frei gewordene Blutfarbstoff und die veränderten Blutscheiben allmälig durch die Nieren ausgeschieden, was durch zahlreiche Untersuchungen des Urins und durch genaue Durchmusterung der Nieren auf Schnitten erwiesen wird. Hierbei erleidet das Parenchym der Nieren nur minimale Veränderungen, trotzdem dass neben dem Blutfarbstoff auch Bildung von hyalinen und Epithelialcylindern zu Stande kommt. Auch in keinem der anderen Organe (Leber, Herz, Lungen, Darm) konnten tiefergreifende Veränderungen aufgefunden werden.

Wenn das Individuum längere Zeit nach der Verbrennung am Leben bleibt, so verschwindet der gelöste und der amorphe Blutfarbstoff allmälig aus dem Harn und aus den Harnkanälchen. Solche Thiere verhalten sich ganz so, wie diejenigen, denen man auf irgend einem Wege, sei es durch die Vena jugularis oder durch eine Mesenterialvene oder ins arterielle System oder selbst in die Lymphgefässe (z. B. durch parenchymatöse Einspritzungen in den Hoden) während kurzer Zeit hochgradig (nur nicht über die Coagulationsgrenze des

Eiweisses!) erhitztes Blut eingespritzt hat. Sie verhalten sich aber auch analog den Thieren, bei welchen entweder eine directe Blutüberleitung von verbrannten Thieren oder die Einspritzung defibrinirten und von verbrannten Thieren gewonnenen Blutes gemacht wurde. Jedenfalls folgt hieraus, dass die in den verbrannten Hautbezirken oder die mit ihr gleichwerthige, künstlich ausserhalb des Organismus erzeugte Ueberhitzung des Blutes zwar die Zusammensetzung desselben hochgradig alterirt, aber keine giftigen Substanzen entstehen lässt, welche auf die verschiedenen Organe, im Besonderen auf die Nervencentren, vergiftend wirken könnten. Allerdings finden sich öfters ausgedehnte Gerinnungen sowohl im Herzen, wie in verschiedenen Capillarbezirken, besonders im Darm, mit Blutaustretungen in die Darmschleimhaut, innerhalb der Körpermusculatur, in der Serosa des Bauchraumes und der Brusthöhle, namentlich wenn die Hautverbrühung bis an diese Bezirke heranreichte. Diese Sectionsergebnisse stimmen überein mit denjenigen, welche Naunyn und Franke bei Einspritzungen von ebenfalls lackfarbenem Blute antrafen; nur war in diesen Versuchen das Blut durch Gefrieren und Wiederaufthauen des Blutes gewonnen. Noch grösser ist die Uebereinstimmung mit den Befunden Köhler's, wenn er Lösungen von Fibrinferment in die Blutbahn einführte. Allein die Summe der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Leichen Verbrannter ist eine so wechselnde und inconstante, dass jedenfalls die meist negativen Sectionsergebnisse bei rasch auf die Verbrennung folgenden Todesfällen eine andere Erklärung bedürfen. Dieselbe wird aber leicht gefunden, wenn man die Blutveränderungen bei Verbrannten mit denjenigen vergleicht, wie sie bei Vergiftungen mit Kali chloricum, mit Pyrogallussäure, mit Nitrobenzol und vor Allem bei der Kohlenoxydgasvergiftung von anderen Forschern festgestellt wurden. Besonders mit der letzteren bietet nach v. L. auch der Symptomencomplex der Verbrennungen die grösste Analogie. Indem das Blut die verbrannten Körperbezirke durchströmt, erleiden die rothen Blutscheiben, je nach der Höhe der einwirkenden Temperatur und je nach der Dauer derselben, in grösserer oder kleinerer Zahl Veränderungen. Diese ziehen entweder direct den Zerfall der Zellen nach sich, was (den Ergebnissen der mehrfachen Blutkörperchenzählung nach) nur in untergeordnetem Masse geschieht; — oder die Zellen büssen trotz erhaltener Form ihre Lebensfähigkeit und ihre Functionseigenschaften ein und werden so unmittelbar für den Respi-

rations- und den Stoffwechsel untauglich, wenn sie auch erst allmälig innerhalb des Blutstromes zu Grunde gehen. Wie Claude Bernard die Wirkung einer Kohlenoxydgasvergiftung mit derjenigen von mehr oder minder reichlichen Aderlässen verglichen hat, so bezeichnet der Vf. den Zustand, der durch eine schwere Verbrennung hervorgerufen wird, als eine acute Oligokythämie im functionellen Sinne. — Je nach der Zahl der ertödteten Blutkörperchen wird der Organismus die Verbrennung überleben oder nicht — gerade wie bei directen Blutverlusten. Dabei nimmt nicht die Lebensgefahr direct mit der Höhe der einwirkenden Temperatur zu. Im Gegentheil wird die Einwirkung der Glühhitze, wo die Theile verkohlt werden, mit sofortiger Unterbrechung der Circulation, viel seltener allgemein bedrohlich werden. Hauptsächlich kommen hier die Dauer der Verbrühung und die Dicke und Resistenzfähigkeit des Hautorgans in Frage. Zarthäutige Individuen sind am meisten gefährdet wie die Kinder. Sie gehen zu Grunde unter Symptomen, wie bei einer allmäligen Verblutung, wo der primären Aufregung bald Somnolenz und volle Apathie folgen. — Tritt der lethale Ausgang nicht sehr bald ein, so drohen den Ueberlebenden weitere Gefahren dadurch, dass die an den verbrannten Bezirken sich entwickelnden Zersetzungsprocesse auf die hochgradig anämischen Individuen in bekannter Weise viel intensiver einwirken, als wenn gleich in- und extensive Vorgänge bei Personen mit normaler Blutmischung sich abspielten.

Die Unfähigkeit des Blutes Verbrannter für den Lebensunterhalt wird durch Transfusionen von künstlich überhitztem Blut und durch directe Blutüberleitung aus verbrannten Thieren in andere, aber durch Aderlässe vorher anämisch gemachte Thiere erwiesen. Diese Thiere gehen trotz Transfusion überhitzten Blutes zu Grunde, während die Einleitung des Blutes von Verbrannten bei normal blutreichen Individuen von keinen schädlichen Folgen begleitet war.

Die therapeutischen Indicationen aus v. L.'s Untersuchungen ergeben sich von selbst. Für die Fälle von raschem lebensgefährlichen Collaps ist die Zufuhr functionsfähigen Blutes das einzige Rettungsmittel, wie es bereits Ponfick auf Grund seiner experimentellen Ergebnisse in gleichem Sinne empfohlen hat. Bei den Ueberlebenden ist aber durch die strenge Durchführung der antiseptischen Wundbehandlung jede Zersetzung auf den verbrannten Theilen möglichst hintanzuhalten. Verf. verspricht sich hiervon auf

Grund neuerer klinischer Erfahrungen die Möglichkeit der Lebensrettung in einer grossen Zahl von ausgedehnten Verbrennungen, die bisher als mit dem Fortbestand des Lebens unverträglich angesehen wurden. Aber auch im späteren Verlauf solcher Fälle sei die Ausführung einer späten Transfusion dringend indicirt, wenn die Patienten zu collabiren drohen, oder wenn der Heilungsprocess der Wunden einen Stillstand macht. — Ob man vor der Zufuhr functionsfähigen Blutes ein gewisses Quantum des eigenen Blutes Verbrannter ablassen soll oder nicht, muss von dem Zustand der Nierenfunction der Verunglückten abhängig gemacht werden, da ja die Nieren das ganze Ausscheidungsgeschäft der Zerfallsprodukte zu übernehmen haben, die bei einer Verbrennung aus den ertödteten rothen Blutscheiben entstehen.

Ponfick macht in zwei Aufsätzen (9) darauf aufmerksam, dass die Lehrsätze, welche v. Lesser in seinem Aufsatze „über die Todesursachen nach Verbrennungen“ über diese Ursachen aufstellt, schon vor Jahren von ihm selbst (zum Theil auch von Wertheim) als die Ergebnisse experimenteller Untersuchungen ihrer Wesenheit nach ähnlich formulirt, wenn auch nicht mit Beifügung des gesammten Beweismaterials abgedruckt worden sind, und dass auch er damals schon empfohlen habe, bei dringenden Fällen ausgedehnter Verbrennung die Transfusion als Heilmittel zu versuchen.

Loebl empfiehlt (10) zur Behandlung des Erysipels Bepinselungen so wie Umschläge mit einer Carbollösung; er benützt hierzu 0,2 Acid. carbol. auf 50,0 Glycerin. In drei in dieser Weise behandelten Fällen trat die Wirkung des Präparates rasch hervor.

11. **Treub.** Scharlach-Epidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung. (Ctlbl. f. Chir. Nr. 18, 1880.)

12. **Fürbringer.** Bemerkungen über die im Winter 1879—80 in der Jenenser Districts-Poliklinik beobachtete Masern-Epidemie. (Correspondenz-Blätter des Allgem. ärztl. Vereines von Thüringen, Nr. 5, 1880.)

13. **Pincus.** Ueber Vaccine und Variola. (Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin. Sitzg. v. 4. Juni, Nr. 14, 1880.)

14. Platt. Zur Verhinderung der Narbenbildung bei Variola. (New-York med. Rec. 22. März 1879.)

15. Semaria. Derselbe Gegenstand. (Gaz. med. Ital. Lomb. Aug. 1878.)

Im Anschluss an Riedinger (d. Vljsch. p. 106, 1880) referirt Treub (11) über 5 in der Leidener chirurgischen Klinik im Winter 1879/80 während des Herrschens einer schweren Epidemie in der Stadt selbst beobachteten Scharlachfälle, wovon 3 starben. Da indessen ausser diesen 5 noch 4 vereinzelte Scharlach-Infectionen auf den anderen Hospitalabtheilungen gleichzeitig vorkamen und diese 4 alle Patienten ohne äussere Wunden betrafen, so stimmt Vf. Riedinger darin nicht bei, dass zwischen Trauma und Scharlach ein ätiologischer Zusammenhang bestände, vielmehr könnte man aus seinen Fällen eher den gegentheiligen Schluss einer gewissen Immunität der chirurgischen Kranken gegen Scarlatina ziehen.

Einem Berichte von Fürbringer (12) über eine in der Jenenser Districts-Poliklinik 1879--80 beobachtete Masern-Epidemie (173 Fälle) entnehmen wir folgende, auf die Therapie besonders der katarrhalischen Pneumonien und Bronchitides bezügliche Daten:

Von Medicamenten wurde nur selten Gebrauch gemacht, Brechmittel nur bei massenhaftem und verbreitetem Rasseln zugelassen, von der Darreichung der sog. Expectorantien (Ipecac., Seneg., Salm., Apomorph., Antimonialien etc.) ganz abgesehen, als Reizmittel, nachdem grössere Dosen von Liq. Ammon. anis. als häufig durchfallerregend erkannt worden, nur Campher (neben viel Wein) gereicht, als Antipyreticum nur — selten — Chinin (niemals Digital., Veratrin., auch nicht Salicylsäure) und von Narcoticis nicht ein Milligramm zugelassen. Dagegen wurde, sobald die bekannten Erscheinungen ausgesprochener Atheminsufficienz sich entwickelt (und nicht erst, wenn Coma eingetreten, Husten und Puls geschwunden), zur Vornahme lauwarmer Bäder mit kalten Begiessungen geschritten, an deren Stelle nur bei unüberwindlichem Widerstande Seitens der Angehörigen kalte Einwickelungen und kühle Bäder gesetzt wurden.

Die Menge des auf 25—28° temperirten Badewassers wurde um so reichlicher bemessen, je jünger das Kind (Säuglinge sassen bis fast an die Schultern im Bade), das kalte Wasser zu mehreren Litern in dünnem Strahl über Kopf und Oberkörper gegossen, in einigen

Fällen auch auf den Jürgensen'schen Hinterhauptspunkt dirigirt. Frequenz der Bäder je nach Massgabe der drohenden Erscheinungen viermal täglich bis zweistündlich; in einem Falle (Pneumonie mit hohem Grad von Kohlensäurenarkose) wurden drei Tage und drei Nächte hindurch die Bäder stündlich (über 70 in einer halben Woche!) gegeben — das anscheinend hoffnungslos erkrankte rachitische, $^{3}/_{4}$jährige Kind genas.

Die Wirkung dieser Procedur gipfelt in der Auslösung energischer Reflexbewegungen der gesammten Respirationsmusculatur (die sich häufig mit kräftigem Schreien und Husten verbinden); im tiefen Einathmen muss der mächtigste Feind gegen die Atelectase als Grundlage der pneumonischen Infiltration, gegen das Darniederliegen des Gaswechsels und mithin gegen drohende Lähmung der Respirationsmuskulatur erblickt werden, wie sich an dem Verhalten der Herzthätigkeit, der Athmung, dem Schwunde der Somnolenz nach erfolgter Begiessung nachweisen lässt. Auch der antipyretische Effect ist selbst bei einer ursprünglichen Wassertemperatur von 28° ein annehmbarer.

Stets wurde vor und nach dem Bade mit dreisten Dosen starken Weines (Marsala) zur Verhütung des Collapses gereizt. Letzterer wurde als unmittelbare Folge des Bades zweimal gemeldet (einmal letal), gerade in diesen Fällen, wie der Verf. meint, wegen zu geringer Menge und zu niedriger Temperatur des Badewassers, sowie ungenügender Weinzufuhr.

Verf. hält die Behandlung nicht für unfehlbar. Trotz derselben, abgesehen von fünf durch hinzugetretene Diphtherie, Phlegmone etc. herbeigeführten Todesfällen und einem moribunden Kinde hat der Vf. nur vier Kinder verloren. Aber diesen vier Fällen stehen (ganz abgesehen von der Zahl der nicht durch Morbillen bedingten Pneumonien) zwölf genesene gegenüber (darunter drei unter dem ersten und zwei unter dem zweiten Lebensjahre), die sämmtlich schwer verliefen. Vergleicht man diese Zahlen mit früheren Statistiken der Morbillenpneumonie-Mortalität (Bartels sah alle Kinder unter einem Jahre sterben, Trousseau von seinen 22 Fällen überhaupt nicht einen genesen), so wird, wie der Verf. glaubt, das unbefangene Urtheil wirkliche Erfolge gewiss nicht von der Hand weisen.

Pincus exponirt (**13**) seine Anschauungen über Variola und Vaccine in folgender Weise: Wenn man ein Kalb mit Vaccine impft

und die Impfung wiederholt, sobald die Immunität eingetreten ist; und wenn man bei der ersten und zweiten Impfung alle 12 Stunden 1—2 Impfstellen herausschneidet und mikroskopisch vergleicht, so treten zwei Differenzen hervor:

Bei der ersten Impfung wird die Entzündung, welche auf die kleine Verletzung und den Giftimport folgt, im Verlaufe des ersten Tages für 1—2 Tage unterbrochen; und ferner: es tritt früh eine Verhornung des Rete durch seine ganze Dicke in weiterem Umfange ein.

Bei der zweiten Impfung fällt die Unterbrechung der Entzündung fort, diese steigert sich vielmehr zu einer circumscripten Eiterung, und die Verhornung des Gewebes vollzieht sich, wie bei einer einfachen Verletzung, nur an der obersten Schicht.

Die Immunität ist mithin durch eine doppelte Umstimmung des Körpers erzeugt worden: das Rete ist so widerstandsfähig geworden, dass das Impfgift nicht mehr im Stande ist, eine schnelle Verhornung der Zellen herbeiführen, und nicht mehr im Stande, aus den Zellen des Rete die antiphlogistisch wirkende Materie abzuspalten (oder aus sich selbst zu entwickeln).

Wodurch entsteht der weitere specifische Process (die Entzündung, das Fieber, der Stoff, welcher durch Umstimmung des Rete die Immunität erzeugt)?

Die, wenn auch überhastete Verhornung ist schwerlich anzuschuldigen. Aber es finden sich in jedem Impfknötchen nekrotische Partien: die Nekrose der Wundränder lässt sich durch sorgfältige Technik vermeiden, ist also für den Process unerheblich; es findet sich aber gegen Ende des zweiten Tages in einer gewissen Entfernung von den Wundrändern eine Nekrose, die nur wenige Retezellen umfasst; sie zeigt sich etwas früher im Protoplasmamantel als im Kern.

In den Stoffen, welche durch das Impfgift aus den wenigen Zellen (bevor die Nekrose in ihnen entsteht), abgespalten werden, sieht P. den Ausgangspunkt des weiteren specifischen Processes. Es gelang nicht, über die chemische Natur dieser vermutheten Abspaltungsprodukte Mittheilenswerthes festzustellen; es verdient vielleicht nur Erwähnung, dass an diesen Zellen und ihrer nächsten Umgebung sehr feine, körnige oder zart lineäre Farbstoffausscheidungen sich finden (die bei vorgenommenen Prüfungen der angewendeten Farbstoffe bei Einwirkung eines freien Alkalis sich bilden).

P. bezeichnet diese Nekrose als primäre, um sie von der späteren zu unterscheiden, welche aus der wieder auftretenden intensiven Entzündung sich herausbildet.

Bei der zweiten Impfung fehlt die primäre Nekrose vollständig.

P. widerräth bei der mikroskopischen Färbung die von sehr beachtenswerthen Forschern empfohlenen starken Lösungen; ihm erwies sich am vortheilhaftesten auf 100,0 Aq. dest. für das Kalb 60—70 Tropfen, für das Schaf 40—50 Tropfen einer gesättigten alkoholischen Lösung von z. B. Methyl-Violett; hierbei färbt sich der Kern der Retezellen zart blau an den Kernfiguren und der Hülle, das Protoplasma violett. Für den Bereich der Coagulations-Nekrose ergibt sich hierbei, dass die Kerne nicht geschwunden sind, so lange das Gewebe überhaupt noch einen morphologisch bestimmbaren Charakter hat; sie färben sich blaugrau und in toto.

Die Mikrokokken entwickeln sich im Stratum corneum, wenn überhaupt, zuweilen continuirlich: Pünktchen neben Pünktchen; in dem Gewebe, welches durch die Impfverletzung direct gestört ist; in kleinen, unregelmässig umgrenzten Häufchen; in dem dicht daran stossenden Bezirk (zwischen Region der Impfverletzung und Region der Gerinnungsnekrose) so lange noch keine vollständige Verhornung erfolgt ist, so lange also noch Saftstrom vorhanden, an zwei Orten: in den Kernen der Zellen (nicht im Protoplasma) und im Haarbalg dicht nach aussen von der innersten Schicht („Oberhäutchen") desselben, nach P.'s Meinung: wegen der verhältnissmässigen Ruhe der Orte, nicht wegen ihrer chemischen Beschaffenheit. Sobald vollständige Verhornung oder gar secundäre Nekrose, also Ruhe vor der Saftströmung eingetreten ist, erfolgt die weitere Entwicklung der Mikrokokken ganz continuirlich: eine ununterbrochene Punktreihe mit vielen eingelagerten Ballen. Vf. glaubt, dass die Ballenform, falls sie scharf umgrenzt ist, diesen scharfen Contour nur durch die Hohlräume des thierischen Körpers erhält; er glaubt nicht, dass die Mikrokokken der Pocken sich im strömenden Blute entwickeln können.

Vf. bestätigt die Angaben von Weigert[1]) und E. Klein[2]) über

[1]) S. dies. Archiv pag. 438, 1872.

[2]) S. diese Vierteljahresschr. pag. 76, 1876. Die Untersuchungen von Klein sind auf dem Continent fast nur in dem Auszuge des „Mikroskop. Journ.", nicht aus den „Philos. Transact." bekannt geworden; und es ist auch nicht ausreichend bekannt, dass seine späteren Untersuchungen ihn

das Vorhandensein grösserer Anhäufungen der Mikrokokken im bindegewebigen Theile der Cutis bei Variola, resp. Ovina und berichtet von dem Vorhandensein scharfumschriebener kreisförmiger oder elliptischer Figuren, welche neben den Mikrokokken-Anhäufungen sich finden und (im sonst ungefärbten Gewebe) die Färbung der Mikrokokkenhülle zeigen, ohne eine Spur von punktförmigen Gebilden; er hält es für unmöglich, zu entscheiden, ob es sich hierbei um „Zoogloea" handelt, die sich von den benachbarten Mikrokokkenhaufen abgelöst habe, oder um Brutstätten von Sporen, die jenseits der Leistungsfähigkeit unserer Instrumente liegen.

Da u. A. auch mit Rücksicht auf die Incubation nach solchen Sporen immer gesucht wird, glaubt P. mit Bestimmtheit aussagen zu dürfen: die Incubationsdauer bei Vaccina und Variola ist nicht bedingt durch eine Weiterentwicklung des importirten Giftes, sondern durch die Zeit, welche vergeht, ehe die chemisch alterirten Retezellen das in ihnen entstandene Gift entbinden; und dieses aus dem thierischen Körper abgespaltene Gift wirkt nun seinerseits weiter, ganz unabhängig davon, was aus dem ursprünglich importirten Gifte weiter wird.

Bei der angegebenen Färbungsart erscheinen nun die Mikrokokken des Kalbes fast ausnahmslos violett, die des Schafes fast ausnahmslos blau, während im Uebrigen die Hautstücke der beiden Thiere bezüglich der Färbung sich gleich verhalten.

Bei der Unmöglichkeit, Einsicht in den Mikrokokkus selbst zu gewinnen, ist es in das Belieben des Einzelnen gestellt, ob er einer solchen Färbungsdifferenz Gewicht beilegen will, oder nicht. Man kann sich vorstellen, dass der Mikrokokkus des Schafes mit seiner blauen Kernfärbung auch die Activität der Kernes hat und darum die Fähigkeit besitzt, auch ausserhalb der Cutis sich anzusiedeln, eine allgemeine Eruption hervorzurufen und ein, auch in der Luft seine Wirksamkeit noch bewahrendes, Contagium zu erzeugen — hingegen der Mikrokokkus des Kalbes mit seiner violetten Protoplasmafärbung nicht.

Der angegebene Färbungsunterschied würde die gleiche Bedeutung haben, wenn nicht die Mikrokokken, sondern die sie umgebende,

---

veranlasst haben, die früher als Mycelien und Sporen der Mikrokokken gedeuteten Befunde nunmehr als einfache Eiweissniederschläge anzunehmen. Die Hauptresultate seiner ersten Veröffentlichung sind auch durch die späteren Untersuchungen bestätigt worden.

an ihnen haftende Substanz das Primum movens der Infection sein sollte. (Kühnheit und Originalität lässt sich diesen Hypothesen sicher nicht absprechen A.)

Platt verwendet (**14**) zur Verhütung von Narben bei Variola eine (längst angewendete, neuerlich wieder von Schwimmer [s. diese Vierteljahrschr. pag. 118, 1879] in Pastenform empfohlene A.) Carbolsäuremischung: Rp. Ac. carbol. 10,0, Glycerini, Aq. āā 50,0. 2 mal täglich einzupinseln.

Semaria lässt (**15**) die Pusteln zuerst mit Glycerin bestreichen und dann dick mit Schwefelpulver bestreuen.

16. **Behrend.** Ueber ein diffus-entzündliches Opiumexanthem nebst Bemerkungen über die Pathogenese der Arzneiausschläge. (Berl. klin. Woch. Nr. 42, 1879.)
17. **M. Zeissl.** Ueber Arzneiexantheme. (Wiener med. Wochensch. Nr. 27, 1880.)
18. **Duffey.** Jodpurpura. (The Dublin Journal of med. science, April 1880.)
19. **Esenbeck.** Bromausschlag. (D. prakt. Arzt 6, 1880.)
20. **J. Rollet.** Ueber gewerbliche Ausschläge und Verletzungen der Haut und der Nasen- und Augenschleimhäute durch Arsenik. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 2. série. Tome I. Nr. 1, p. 1. 1880.)
21. **Kühn.** Ueber Erythema exsudativum. (Berl. klin. Wochensch. XVII. 4. 5. 1880.)
22. **Appenrodt.** Eine vasomotorische Neurose der Haut. (Deutsche med. Wochensch. Nr. 15, 1880.)

Nach Anwendung von Opium sah Behrend (**16**) ein Exanthem entstehen, welches dem Chininexanthem an die Seite zu stellen ist. Der Fall betraf einen 28jährigen Schlosser von schwacher Constitution und bleicher Gesichtsfarbe, der Verf. am 25. Juli wegen eines acuten Darmkatarrhs consultirte. B. verordnete ihm 10 Pulver von je 0·015 Gramm Opium mit 0·5 Gramm Zucker, stündlich eines zu nehmen, die er im Laufe desselben Tages verbrauchte. Als er sich am nächsten Morgen wieder vorstellte, hatten die eigent-

lichen Krankheitserscheinungen nachgelassen; allein er klagte über unerträgliches Jucken an der Brust, der Beugeseite der Vorderarme und der Innenfläche beider Oberschenkel, welches besonders während der Nachtzeit so heftig gewesen war, dass es ihn des Schlafes vollkommen beraubt hatte. Bei Besichtigung der Hautoberfläche constatirte Verf. an der Brust von der Clavicula abwärts bis zum unteren Ende des Sternum und in der Mamillarlinie etwa bis zur sechsten Rippe reichend, eine blass- scharlachartige Röthe, die diffus in die gesunde Umgebung überging und sich aus dicht bei einander stehenden stecknadelkopfgrossen rothen Stippchen zusammensetzte. Dasselbe Bild zeigte sich an der Innenseite beider Oberarme und den Beugeflächen der Vorderarme, besonders hervortretend aber in der Gegend der Handgelenke. An den Oberschenkeln war die Röthe auf den Raum beschränkt, welcher der Adductorengruppe entspricht, ging dann auf die Kniekehlen über und setzte sich auf die Hinterfläche und Innenseite der Unterschenkel fort, um mit einem etwa drei Fingerbreiten rings um das Fussgelenk laufenden Streifen von livider Nüancirung abzuschliessen. Auch hier war die Röthe nicht diffus, sondern wie an der Brust aus dicht gedrängten aber noch deutlich von einander zu unterscheidenden Punkten zusammengesetzt und nirgends von der normal gefärbten Umgebung durch eine scharfe Linie abgegrenzt. Die übrigen Stellen des Körpers waren vollkommen frei geblieben.

Verf. erwähnt, dass ein Pruritus cutaneus, wie er hier nach einem verhältnissmässig geringen Tagesquantum von 0·15 Gramm Opium aufgetreten war, unabhängig von irgend welchen wahrnehmbaren Krankheits-Symptomen an der Haut nach dem Opiumgebrauch häufiger beobachtet wird. Allein ein hiedurch entstandenes Juckerythem setzt sich nach dem Verf. keineswegs, wie es hier der Fall war, aus punktförmigen Efflorescenzen zusammen. Verf. verordnete am 26. Juli dem Patienten eine Tanninsolution mit Extr. Strychni aquos., und als er sich nach deren Verbrauch am 28. Juli wieder vorstellte, war sowohl das Jucken als das Exanthem vollkommen geschwunden. Er erhielt nun abermals Opium in gleicher Dosis und zwar in Pillenform. An den zuvor afficirt gewesenen Hautstellen liess sich auch am 31. Juli wieder eine blasse Röthe constatiren; der Patient versicherte jedoch, dass die Röthe am vorhergehenden Tage weit intensiver gewesen sei, und dass sich überhaupt ganz dieselben Erscheinungen wie beim Gebrauch der Pulver eingestellt hätten.

Am 8. August, also 14 Tage nach der ersten Opiumdosis, klagte Pat. darüber, dass sich an beiden Handflächen die dicke, schwielige, epidermidale Hornschicht ablöste und durch eine so zarte ersetzt würde, dass er ausser Stande sei, seiner Arbeit als Schlosser nachzugehen, weil ihn die Feile, mit der er hantiren müsse, zu sehr drücke. Eine nähere Untersuchung bestätigte seine Angabe; es fand sich aber auch an allen denjenigen Stellen eine feinkleiige Abschilferung der Epidermis, welche zuvor der Sitz der Röthe gewesen waren. An den Vorderarmen und Unterschenkeln ging sie über diesen Bezirk hinaus, es löste sich die Oberhaut hier sowie an beiden Handrücken, an den Handflächen und beiden Fusssohlen in grossen Lamellen ab, ganz in derselben Weise, wie es nach Scharlach der Fall ist.

Noch bevor der Häutungsprocess ganz abgelaufen war, erhielt der Pat. experimenti causa abermals 10 Opiumpulver in derselben Stärke wie vorher, nur mit radix Alth., die am nächsten Tage mit einem Zusatz von Calomel erneuert wurden, und es wiederholte sich nun derselbe Cyclus: am nächsten Tage unerträgliches Jucken mit intensiver Röthe an den oben bezeichneten Stellen, und genau 14 Tager später eine erneute Abschuppung in derselben Weise wie zuvor, die besonders an den Vorderarmen und Unterschenkeln auch die intact gebliebenen Stellen ergriff. Diese Thatsachen konnten keinen Zweifel darüber mehr bestehen lassen, dass es sich hier um ein Opiumexanthem handelte. Ein Scharlach war nach dem geschilderten Verlaufe selbstverständlich ausgeschlossen.

B. weist nun auf die Thatsache hin, dass nicht allein die Urticaria und, wie Köbner dargethan hat, das diffus-entzündliche („scharlachähnliche") Arzneiexanthem, sondern ganz allgemein alle nach dem inneren Gebrauch von Arzneistoffen auftretenden Hauterkrankungen in Bezug auf ihre Form, sowie in ihrem Auftreten und Verlaufe vollkommen unabhängig sind von der chemischen, resp. pharmakologischen Beschaffenheit oder der physiologisch-therapeutischen Wirkung der sie erzeugenden Substanzen.

Was zunächst die Aetiologie der Arzneiexantheme betrifft, seien jedoch zwei wesentlich verschiedene Gruppen der letzteren zu unterscheiden, von denen die eine die pustulösen Jod- und Bromausschläge, die zweite dagegen sämmtliche anderen medicamentösen Exantheme umfasst. Die erste Gruppe sei dadurch charakterisirt, dass die ihr angehörigen Formen erst nach einem längeren Gebrauche der

betreffenden Präparate, also gewissermassen einer Uebersättigung oder wenigstens einer intensiven Imprägnirung des Organismus mit denselben entstehen, dass sie daher auch ohne Unterschied bei allen Personen auftreten, die einer ununterbrochenen Jod- oder Brombehandlung unterworfen werden.

Die Formen der zweiten Gruppe seien durchweg über grössere Hautstrecken ausgebreitete Exantheme, die stets ganz acut, in manchen Fällen mit einem initialen Schüttelfroste auftreten und während ihres weiteren Verlaufes mit hohen Temperaturwerthen und gastrischen Störungen verbunden sind, in anderen Fällen dagegen wiederum mit einer nur geringen Alteration des Allgemeinbefindens einhergehen. Sie treten stets erst nach der Aufnahme der betreffenden Arzneistoffe in die Circulation auf, so dass zwischen der Zeit ihrer Verabreichung und dem Erscheinen der ersten Symptome auf der Haut mindestens so viel Zeit vergeht, als zur Resorption erforderlich ist. Es hat sich überdies ergeben, dass 1. ein Arzneistoff unter anscheinend ganz gleichen äusseren Bedingungen bei verschiedenen Personen ganz differente Exantheme erzeugen kann, dass aber 2. in dem Auftreten dieser Exantheme insofern eine absolute Constanz stattfindet, als sie sich bei dem wiederholten Gebrauch des nämlichen Mittels bei einem und demselben Individuum stets in der gleichen Form wiederholen.

Verf. nimmt an, dass es sich hier um die Produkte eines chemischen Processes handelt, der keinen specifischen Charakter an sich trage, sondern sich vielmehr unabhängig von der physiologischen Wirkung der verschiedenen Arzneimittel unter allen Umständen in gleicher Weise vollziehe. Denn nur unter dieser Voraussetzung lasse es sich erklären, dass unter dem Einflusse so verschiedenartiger Stoffe, wie etwa Chinin, Chloralhydrat, Digitalis, Calomel, Arsenik, Strychnin, Opium ganz gleiche Erkrankungsformen der Haut entstehen, ja dass diese Stoffe durchwegs sehr intensive Entzündungen hervorrufen, obwohl einzelnen derselben, zumal in so hochgradiger Verdünnung, durchaus keine entzündungserregenden Eigenschaften zukommen. Verf. glaubt, dass es hierbei zur Entwicklung gewisser Stoffe komme, die zwar in den meisten Fällen keinen nachtheiligen Einfluss auf den Organismus ausüben, bei einzelnen Individuen jedoch Entzündungen oder Hämorrhagien der Haut herbeiführen, und dass es von ganz bestimmten präformirten Gewebseigenthümlichkeiten unbekannter Art abhängt, in welcher Form sich diese Veränderungen in jedem Falle manifestiren.

M. Zeissl berichtet (17) über einen Fall von Erythema urticatum, welches er an einem unter Lister'schen Cautelen operirten Kranken beobachtete:

Am 10. Februar 1880 fielen einem 53 Jahre alten Manne mehrere Bretter, welche er von einem Wagen abladen wollte, auf den rechten Unterschenkel. Bei der Untersuchung fand sich die Haut von der vorderen Fläche des Unterschenkels lappenförmig von der Musculatur abgehoben und zurückgeschlagen, die Tibia schief gebrochen und mässig gesplittert, die Fibula quer gebrochen, die Musculatur fast nicht suffundirt. Die Wunde wurde gut gereinigt, ein antiseptischer Verband angelegt, die Extremität auf eine Ruheschiene gelagert und mit Stärkebinden befestigt. Am nächsten Tage wurde in der Narkose unter Esmarch'scher Blutleere und Lister'schen Cautelen die Wunde nach Nussbaum's Vorschrift zunächst aseptisch gemacht und da die anscheinend geringe Verletzung der Weichtheile die Hoffnung gab, dass dem kräftigen Individuum das Bein erhalten bleiben könne, so wurde mit Silberdraht die Knochennaht der Tibia ausgeführt. Es wurden zunächst die Knochensplitter entfernt, die Tibia in ihrem oberen und unteren Bruchende dreimal durchbohrt und durch die Bohrlöcher Silberdraht zur Vereinigung der Knochenstücke durchgeführt. Von den Drähten wurde der eine, um ihn nach erfolgter Heilung besser extrahiren zu können, nur umgebogen, die zwei anderen mehrfach um ihre Axe gedreht. Was an den Muskeln suffundirt war, wurde mit der Scheere abgetragen und nachdem 4 Drainröhren eingelegt waren, die Haut vereinigt. Die Vereinigung der Hautwunde gelang bis auf eine 8 Q.-Ctm. grosse Stelle, welche unbedeckt blieb, sehr leicht. Die Extremität wurde nach Lister verbunden auf eine Resectionsschiene gelagert und mit Organtinbinden fixirt. (Vor der Operation hatte der Kranke Temperaturen von 40·2 und 40·5. Am Nachmittag nach der Operation sank die Temperatur auf 39·8 und schwankte bis zum 17. Februar zwischen 39·2 und 38. Am 15., dann am 19. Februar wurde der durchfeuchtete Verband unter Carbolspray gewechselt. Am 21. Februar war der Harn dunkelgrün gefärbt und wies beträchtliche Mengen von phenolschwefelsaurem Salz nach. Am 22. war der Kranke mit einem Exantheme behaftet. Dasselbe localisirte sich auf die Haut des Rückens, der Flanken der Brust, der Oberarme und der unteren Extremitäten. Am Rücken war eine intensive, gleichmässige, auf Fingerdruck nicht vollständig schwindende

Röthe, welche namentlich die Haut zwischen beiden Schulterblättern betraf, zu bemerken. Die Haut beider Flanken und der Beugeseiten beider Arme war mit zahlreichen linsen- bis halbkreuzergrossen, verschwommen in die normale Haut übergehenden, dicht gedrängten rothen Flecken besetzt, welche bei Fingerdruck einer gelblichen Färbung der Haut Platz machten. Zwischen diesen rothen Flecken fanden sich einzelne deutliche Urticariaquaddeln. Auf der Streckseite fand sich nur eine geringe Anzahl von gleichen Efflorescenzen und waren solche in beträchtlicher Anzahl auf der Streckseite und in der Haut über beiden Handgelenken vorhanden. An den unteren Extremitäten waren die Efflorescenzen an den Oberschenkeln mehr auf die Haut der Innenfläche derselben und auf die Wadenhaut beschränkt. Der Fussrücken und die Fusssohle waren ganz frei. Wie die Kratzeffecte zeigten, veranlasste der Ausschlag beträchtliches Jucken. Die Diagnose musste in diesem Falle auf ein, durch den äusserlichen Gebrauch der Carbolsäure bedingtes Erythema urticatum gestellt werden, da, abgesehen von den Erscheinungen des Exanthems, Scarlatina wegen der fehlenden Angina, Morbilli wegen der mangelnden katarrhalischen Erscheinungen und Syphilis wegen des fehlenden Primäraffectes und aller anderen auf Syphilis deutenden Symptome ausgeschlossen werden konnte. Die Diagnose wurde durch das Schwinden und Erblassen des Exanthems, nachdem die Wunde nur mit Salicylsäurelösung abgespült und mit Wallrathgaze verbunden wurde, bestätigt. Am 26. Februar starb der Kranke, nachdem die Eiterung immer mehr zugenommen, sich Abscesse in der Fossa poplitea gebildet und eine croupöse Pneumonie der rechten Lunge entwickelt hatte.

Für die Thatsache, dass auch durch auf hypodermatischem Wege dem Organismus einverleibte Heilmittel Arzneiexantheme hervorgerufen werden können, führt der Vf. folgenden Fall an: Ein männliches Individuum, dem er im Mai und October 1879 und zum letzten Male im Februar 1880 jedesmal 0,003 salzsaures Morphium subcutan injicirte, zeigte $^1/_2$—2 Stunden nach der gemachten Einspritzung eine diffuse Röthung der Brusthaut und der Haut über beiden Scapulis. Im Morphiumrausche begann der Kranke heftig zu kratzen und traten alsbald zahlreiche Urticariaquaddeln auf. Die Hauteruption, namentlich das Jucken, schwand erst nach 2—3 Tagen vollständig mit dem Aufhören der Nachwirkung des Morphins.

Vf. erinnert noch, dass Janovsky in Prag nach Application

des Carbolverbandes ein Erythema multiforme, welches nach Aussetzen des Carbols schwand, beobachtete. Das häufige Auftreten von Erythema urticatum an der allgemeinen Bedeckung des ganzen Stammes — namentlich an Individuen mit zarter Haut — während der Chloroformnarkose ist hinreichend bekannt.

Wenige Tage nach dieser Beobachtung konnte Verf. ferner an einem seiner Collegen an der Klinik das Auftreten einer, durch 8 Tage anhaltenden, über den ganzen Körper verbreiteten Urticaria beobachten.

Der erwähnte College hatte zur Verwendung bei einer Operation bestimmte Badeschwämme in heisser, 5 %iger Carbolsäurelösung gewaschen. Wenige Stunden nach Vornahme dieser Procedur hatte er heftiges Prickeln in den Händen gefühlt und traten alsbald deutliche Urticariaquaddeln auf. — Der Harn war durch mehrere Tage intensiv dunkelgrün, und der Kranke klagte ausser über furchtbares Jucken über Abgeschlagenheit und allgemeines Schwächegefühl. Mit dem Hellerwerden des Harnes nahm auch die Urticariaeruption ab. Mit Vortheil wendete er in diesem Falle und seitdem noch öfter mit gleich günstigem Erfolge gegen das heftige Jucken eine von Bulkley angegebene Salbe an: Rp.: Chloralhydrat, Pulveris gummosi, Camphorae tritae aa. 5,00, Vaselini cerei 50,00.

Duffey (18) berichtet über einen mit Mitralinsufficienz behafteten Rheumatiker, der nach vierwöchentlicher Behandlung mit Jodkalium und Consumtion von ca. 70 Grm. auf dem Fussrücken und den unteren drei Fünfteln des Schienbeines unter Gefühl von Hitze und Jucken plötzlich eine Menge Purpurflecken zeigte. Das Jodkalium wurde ausgesetzt und die Flecke verschwanden nach 11 Tagen, um eine Woche später plötzlich wieder aufzutreten, nachdem von Neuem 3—4 Grm. des Mittels verbraucht waren. Dieselbe Affection konnte bei dem Pat. durch Jodammonium, nicht durch Jodnatrium erzeugt werden. Verf. gibt eine Uebersicht der Literatur der Jodexantheme und bespricht besonders die seltenen Fälle von Purpuraausschlag nach Jodgebrauch, der bekanntlich besonders von Fournier studirt wurde. Er neigt sich der Ansicht von Binz zu, nach welcher bei dem Zustandekommen der Exantheme ein Freiwerden von Jod unter dem Zusammenwirken von O des Blutes und CO_2 der Gewebe die Hauptrolle spielt.

Unna.

Esenbeck schildert (19) folgenden Fall von Bromexanthem: Ein 26jähriges Mädchen von kräftiger Constitution, starker Fettbildung, mit unregelmässiger Menstruation litt in Folge körperlicher und psychischer Aufregung seit ihrem 20. Lebensjahr alle 2—3 Monate an epileptischen Anfällen, weshalb sie auf eine ärztliche Anordnung hin Kali bromat. gebrauchte, und zwar nahm sie $2^1/_2$ Jahre lang auf eigene Faust täglich c. 5 Gramm, also in 912 Tagen 4560,0, wodurch allerdings die Epilepsie fast ein ganzes Jahr beseitigt war, aber folgendes Krankheitsbild zum Vorschein kam: auffallende Abmagerung, grosse Schwäche, so dass Patientin seit $^1/_4$ Jahr das Bett nicht mehr verlassen konnte, bleiches Aussehen, gänzlicher Appetitmangel, Gedächtnissschwäche, Anämie, mehr weisse, als rothe Blutkügelchen; dabei nur ein Exanthem ohne einen bestimmten Typus, ohne diagnostisches Gepräge, woraus man auf einen bestimmten diagnostischen Namen wie Urticaria, Purpura, Akne, Eczema hätte schliessen können. Dasselbe befand sich ganz oben an beiden Oberschenkeln, in der ganzen Regio hypogastrica, auf dem Mons Veneris, auf beiden Brüsten, überall im grossen Umfang und da zusammenhängend; es war nässend, geschwürig, theils mit förmlichen Zotten, theils mit harten, schwarzen Krusten und Borken bedeckt, theilweise mit warzigen Erhabenheiten, theilweise mit trockener, livid, blau aussehender, auch leicht blutender Haut; Blut missfarbig; im Urin kein Eiweiss. Man dachte an eine syphilitische Dyskrasie, da man noch nichts wusste von dem gebrauchten Bromkali, reichte innerlich Carbolpillen, Jodkali, Protojodur. Hydrargyri, dabei kräftige Kost, äusserlich Carbollösung.

Die Behandlung blieb ohne Erfolg, bis Verf. erfuhr, dass die Patientin dabei immer ihr Bromkali gebrauchte und er dann das Aussetzen desselben durchsetzte; der Ausschlag verschwand nach 3—4 Wochen; Patientin genas wieder vollständig, nur stellte sich zuweilen wieder ein epileptischer Anfall ein.

Nach Rollet (20) werden durch die locale Einwirkung des Arsenik auf der Haut zunächst Erytheme hervorgerufen, denen sich papulöse und pustulöse Ausschläge anschliessen, welche schliesslich zu tiefen Ulcerationen führen können. Besonders begünstigt werden die letzteren bei Arbeitern, deren Hände gleichzeitig zahlreichen Verletzungen, z. B. durch Nadeln ausgesetzt sind. Der Sitz dieser

Eruptionen sind gewöhnlich die unbedeckten Körpertheile; bei den häufiger ergriffenen bedeckten Theilen lässt sich unschwer der Weg, auf dem das Gift dorthin gelangt, nachweisen, so bei den Genitalien. Ebenso beruhen die Affectionen der Nasenschleimhaut nach Ansicht des Vf. nur auf der localen Einwirkung des Giftes, welches mit der Inspirationsluft auf die Schleimhaut gelangt und eine Entzündung hervorruft, die zu Ulcerationen und sogar zu umfangreicher Perforation des Septum führen kann. Die durch Arsenik hervorgerufene Conjunctivitis betrachtet Vf. dagegen, wenigstens in den meisten Fällen, als Symptom der allgemeinen Intoxication, wie das scharlachähnliche Erythem, die Urticaria und den Zoster. — Zur Behandlung wird nach Entfernung der giftigen Substanzen durch Bäder die Darreichung von Eisen- und Chinapräparaten empfohlen.

Nach Kühn (**21**) werden in neuester Zeit die Grenzen des Erythema exsudativum viel zu weit hinausgeschoben und in diesen Begriff Erkrankungen der Haut hineingezogen, wie sie durch locale Irritamente, durch den inneren Gebrauch von Medicamenten oder als Begleiterscheinungen acuter innerer Erkrankungen des Organismus auftreten. Für die nach Ausscheidung dieser symptomatischen Formen übrig bleibenden Fälle idiopathischer exsudativer Erytheme ergeben sich in ätiologischer Beziehung gemeinsame Gesichtspunkte. Das vorwiegende Befallenwerden des jugendlichen Alters, des weiblichen Geschlechtes, sowie solcher Personen, die durch ererbte oder erworbene Constitutionsanomalien (Tuberculose, Scrophulose, Syphilis) geschwächt sind, beweist, dass ein geringerer Grad von Widerstandsfähigkeit des Organismus eine Prädisposition für diese Erkrankung abgibt. Verf. glaubt ferner, die mehrfach constatirte Anhäufung derartiger Erythemfälle während des Frühjahrs und Herbstes auf die reichlichen Niederschläge und grössere Bodenfeuchtigkeit zurückführen zu müssen, indem durch den grösseren Wasserreichthum der Gewebe zu diesen Zeiten eine Verminderung ihrer Widerstandsfähigkeit bedingt werde (? A.). Vf. theilt 3 Krankheitsfälle mit, in denen eine Betheiligung der Schleimhaut des Mundes und der Vagina vorhanden war.

Fall 1. Ein 45jähriger, wegen Vagabundirens mehrfach bestrafter Mann war in den Herbst- oder Frühjahrsmonaten der letzten 4 Jahre mehrmals von exsudativen Erythemen beider Handrücken befallen worden, die unter leichten Fiebererscheinungen auftraten. Die letzte,

von einem mehrtägigen remittirenden Fieber und gastrischen Störungen begleitete Eruption charakterisirte sich als ein an beiden Handrücken localisirtes Erythema papulatum, zu welchem sich an der Streckfläche der Unterextremitäten und an der Vorderfläche des Rumpfes kirschkern- bis haselnussgrosse Knoten von Erythema nodosum gesellten. Daneben bestanden Stomatitis mit bläulicher Schwellung des Zahnfleisches, Schwellung des weichen Gaumens und Zäpfchens, an letzterem eine gelblichweisse Geschwürsfläche, am harten Gaumen hirsekorn- bis linsengrosse, kreisrunde, isolirte und ziemlich tiefgreifende Geschwüre. Die inneren Organe waren gesund. Erst nach dreiwöchentlichem Verlaufe war die Heilung der Haut- und Schleimhauterkrankung vollendet.

Fall 2. Bei einer 30jähr. Frau, die 1 Jahr zuvor in ähnlicher Weise erkrankt war, traten unter Fieber und rheumatischen Schmerzen in den Fuss- und Kniegelenken auf der Vorderfläche der Unterextremitäten erbsen- bis zweithalerstückgrosse Erythemknoten auf, zu denen sich später gleiche Erscheinungen an der Streckseite der Vorderarme hinzugesellten. Gleichzeitig wurde an der Innenfläche der kleinen Schamlippen je eine längliche Geschwürsfläche constatirt, die von einem Kranze linsengrosser, scharf begrenzter, kreisförmiger Geschwürchen mit grau-gelbem Grunde umgeben war. Abgesehen von einem leichten systolischen Blasen an der Herzspitze war an den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen. — Die Haut- und Schleimhautaffection heilte nach Verlauf von etwa 5 Wochen, doch zeigten sich an einzelnen Stellen der Genitalschleimhaut, sowie am harten Gaumen eine Anzahl wasserheller Bläschen, die am letzteren Orte mit Ecchymosen untermischt waren.

Vf. bezeichnet die in diesen beiden Fällen beschriebene Schleimhautaffection als eine aus Herpesbläschen entstandene. In dem ersten Falle soll die Eruption sich erst secundär zu einer bereits vorhandenen Angina hinzugesellt haben. Die herpetische Natur der Geschwüre lässt sich nach dem Verf. aus dem erneuten Auftreten von Bläschen nach Ablauf aller Erscheinungen im 2. Falle erschliessen.

Fall 3 betrifft einen 23jähr. Sträfling mit zarter Haut, der früher längere Zeit an Intermittens, dann an einer Pneumonie und später endlich an Diphtheritis erkrankt gewesen war. Bei ihm traten unter ziehenden Schmerzen in den Beinen, Schwäche, Herzklopfen und Appetitmangel, begleitet von Schlingbeschwerden und Erhöhung der Körper-

temperatur, erbsen- bis thalerstückgrosse flache Erythemknoten zuerst an den Streckflächen der Unterextremitäten, dann in der Gegend des linkens Ellbogens auf. Auf der Gaumenschleimhaut fanden sich neben hirsekorn- bis linsengrossen Ecchymosen grössere Flecke, die sich durch ein Netz stark injicirter Gefässe scharf von den umgebenden blassen Schleimhautpartien abhoben. Es bestand Röthung der Gaumenbögen und geringe Schwellung der Mandeln und Uvula. Innere Organe normal.

Vf. schliesst aus diesem Falle auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den exsudativen Erythemen und der Purpura.

Appenrodt beschreibt (22) bei einem 13jährigen, bis auf scrophulösen Habitus sonst gesunden Knaben eine im Laufe von zwei Jahren 6 Mal zum Vorschein gekommene entzündliche Hauterkrankung, welche im Beginn grosse Aehnlichkeit mit Erysipel bot, auch Vergleiche mit Erythema exsudativum, Verbrennungserythem oder Eczem zuliess, aber sich durch ihren Verlauf von diesen Formen der Dermatitis unterschied. Das Leiden setzte stets ganz plötzlich, etwa im Verlauf einer Stunde ein, jedes Mal zuerst an der Nase, in flecken- und streifenförmigen Eruptionen mit heftigem Brennen, grosser Druckempfindlichkeit, tiefer, seröser Durchtränkung, lebhafter Röthung und scharfer Abgrenzung. Niemals zeigte sich dabei Blasenbildung, noch Tendenz zum Fortkriechen oder Farbenveränderung, geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens nur ein einziges Mal. Die Localisation war bis auf asymmetrische Stellen am Kinn, Stirn und Nase und ein Mal Flecken auf der Brust stets in symmetrischer Weise auf das Gesicht beschränkt. Aetiologische Momente konnten nicht eruirt werden. Aeussere und innere Mittel blieben ohne Erfolg.

23. **Herzog**. Ueber Herpes des Rachens. (Pester med.-chir. Presse 1880.)

24. **Leloir** und **Chabrier**. Hautnerven-Erkrankung in einem Falle von Vitiligo. (Compt. rend. XXIV. S. 1037, 1879.)

25. **Henderson**. Elephantiasis Arabum. (Edinb. med. Journ. Jan. u. März 1880.)

26. **Lang**. Ueber zwei schwere Prurigofälle mit sehr günstigem Verlauf. (Wiener med. Wochensch. Nr. 19, 1880.)

27. **Auerbach.** Perubalsam gegen Pruritus. (Deutsche med. Wchnschr. V. 34. 1879.)

28. **Kühn.** Ueber leichte Scorbutformen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. XXV. S. 115. 1880.)

Herzog theilt (23) einige ausgesprochene Fälle von Angina herpetica mit. Nach ihm unterscheidet sich die Bläscheneruption bei Angina herpetica von jener des Hautherpes nur durch ihren Sitz, welcher zumeist am Isthmus faucium, den Tonsillen und Gaumenbögen, an der Uvula, am Gaumensegel und in seltenen Fällen auch an der hinteren Rachenwand ist. Während aber bei Herpesefflorescenzen auf der Haut nach Berstung des Bläschens die Flüssigkeit gerinnt und sich eine gelbliche ambrafarbige Kruste bildet, unter welcher die Regeneration des Epithels vor sich geht, ist dies nicht so auf der Schleimhaut des Rachens und des Mundes, wo sich wegen des mechanischen Einflusses des Schlingactes nicht die nöthige Ruhe zur Krustenbildung findet und somit alle Gerinnungsprodukte im Momente ihres Entstehens fortgeschwemmt werden.

Zumeist kommt die Erkrankung nur unilateral vor, doch sind Fälle bekannt, wo der ganze Rachenraum ergriffen wurde.

Die Angina herpetica ist nicht contagiöser Natur und kommt meist im Frühlinge und im Herbste zur Beobachtung und kann auch bei manchen Individuen, einen gewissen Typus einhaltend, habituell entstehen. Die Krankheit nimmt ganz plötzlich, meist nach einer Erkältung, ihren Anfang mit stärkerer oder geringerer Fieberbewegung. Die Inspection des Pharynx ergibt den Befund einer gewöhnlichen katarrhalischen Angina; doch erscheint meist nur eine Seite vorwiegend afficirt. Meist am 3., selten schon am 2. Tage lassen die Allgemeinerscheinungen etwas nach. Die Untersuchung des Rachens ergibt dann gewöhnlich neben der Röthe und stärkerer Succulenz der Schleimhaut eine Zunahme der Schwellung der Tonsille der einen Seite, welche mitunter die ebenfalls geschwellte, etwas verlängert erscheinende Uvula weit nach der anderen Seite drängt, so dass der Isthmus faucium beträchtlich verengt erscheint und es zu asphyktischen Erscheinungen kommen kann. Man bemerkt ferner an den hervorragenden Stellen der vergrösserten Tonsille stecknadelkopf- bis linsengrosse, nur kurze Zeit wasserhell erscheinende, dann gelblich weisse, nicht vollkommen runde Flecke mit hellem Centrum, welche discret oder zu Gruppen aneinandergereiht sich auf der Schleimhaut erheben.

Im weiteren Verlaufe, gewöhnlich nach 24—36 Stunden, findet man an Stelle der Bläschen mehr weniger tiefe rosafarbige Ulcerationen, welche über kurz oder lang, indem sie sich mit dem proliferirten oder mortificirten Epithel bedecken, einen opalisirenden Grund zeigen. Währenddem kann es immer wieder zu neuen Nachschüben kommen. Nimmt die Erkrankung ihren gewöhnlichen Verlauf, so reinigen sich diese Ulcerationen binnen 2—4 Tagen und mit der darauffolgenden Vernarbung ist der locale Process abgelaufen, während sich das Allgemeinbefinden schon früher wesentlich gebessert hat. Gewöhnlich am 2. oder 3. Tage nach dem Auftreten der Localaffection entsteht in den meisten, aber bei weitem nicht in allen Fällen eine Herpeseruption an den Mundwinkeln oder an den Naseneingängen.

Dauer der Krankheit im Durchschnitte 8—10 Tage.

Verf. erwähnt, dass eine herpetische Ulceration unter Umständen sehr in die Tiefe greifen, selbst zur Perforation führen kann, wenn sie auf den Gaumenbögen oder dem Gaumensegel sitzt. Von Hautherpes sind Fälle bekannt und beschrieben worden, welche tiefe Ulcerationen mit zahlreichen bis zum Knochen reichenden Narben gebildet haben. Weitere Complicationen entstehen durch die Bildung von Pseudomembranen. Man sieht dann im Rachen inselförmige, bald grössere, bald kleinere weissgelbe Plaques, welche stets von dem den Herpesbläschen eigenthümlichen rothen Saume umgeben erscheinen. Dieselben lassen sich in der Regel mit dem Charpiepinsel entfernen und stossen sich in kurzer Zeit ab.

Die wichtigste Complication bilden die nach Angina herpetica vorkommenden Paralysen, welche direct auf den neuropathischen Ursprung des Herpes überhaupt hinweisen.

Verf. ist geneigt, die Angina herpetica als einen Zoster im Bereiche des Nervus trigeminus aufzufassen und dafür Reizungen des Ganglion sphenopalatinum in der Flügelgaumengrube am Foramen sphenopalatinum verantwortlich zu machen. Ferner dürften Irritationszustände der Rami pharyngei, der Nervi nasales post., der N. palatini descendent. und vor Allem des N. Vidianus ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Angina herpetica abgeben.

Für diese Anschauung spricht die Lage dieses Ganglions, seine Verbindungen und Verzweigungen, die Localisation des Herpes am Isthmus faucium, ferner seine Ausbreitungsweise, wobei er höchst selten auf den Larynx, häufiger auf die Nasenhöhlen, auf die Schleim-

haut des Mundes, der Wange, der Zunge und des Gesichtes weiterkriecht, sein meist einseitiges Auftreten und endlich die besonders im Beginne einer Angina herpetica so heftigen Kopfschmerzen. In den viel selteneren intensiveren Fällen, bei Complicationen mit Herpes ophthalmicus, Herpes frontalis oder gar Herpes universalis werden wir natürlich den Sitz der Alteration weiter nach rückwärts, etwa in das Ganglion Gasseri, ja selbst in das Centralnervenorgan verlegen müssen.

Ein 33jähriger Mann, der seit seinem vierten Jahre an verschiedenen Hautkrankheiten (Impetigo, Pemphigus, braunen Flecken, Psoriasis, Lues) gelitten hatte, war seit 3 Jahren mit Vitiligo (**24**) behaftet. Die Vitiligoflecken, von sehr ausgeprägten Pigmentkreisen umgeben, waren im Anschluss an syphilitische Ulcerationen aufgetreten und hatten sich seitdem stetig vermehrt, besonders nach Reizung der Haut mit medicamentösen Substanzen. An einem auf der Fournier'-schen Klinik aus der unteren Bauchgegend exstirpirten Hautstück constatirten die Verf. atrophische Degeneration der Nervenfasern mit Schwund des Axencylinders, Zerbröckelung und Untergang des Marks und Kernvermehrung. Die Epidermis war erheblich verdünnt und die Papillen vollständig geschwunden.

Henderson (**25**) theilt seine Erfahrungen über Elephantiasis Arabum mit, welche er während einer 10jährigen Praxis in Shanghai zu machen Gelegenheit hatte. Die Elephantiasis der Beine ist dort häufig, die des Scrotums dagegen verhältnissmässig sehr selten. Das rechte Bein ist häufiger befallen und im Falle doppelseitiger Erkrankung gewöhnlich stärker afficirt als das linke. Die Inguinaldrüsen der gesunden Seite sind häufig ebenfalls stark intumescirt. Ein merkwürdiges Factum ist das Freibleiben der Füsse in Fällen von starker Elephantiasis der Beine. Verf. führt dieses auf den Druck des Schuhwerkes zurück, ebenso wie das Freibleiben der den Schenkeln anliegenden Seitenflächen bei den Scrotaltumoren auf den Druck jener. Durch den Druck werde das initiale Oedem und damit die ganze Affection hintangehalten. Lang fortgesetzte Compression mittelst einer reinen Kautschuk-Binde hält Vf. für sehr werthvoll, wenn auch keine nachhaltige Besserung erzielt wird. Aus einer angeschlossenen Krankengeschichte ist zu erwähnen, dass der Pat. während der ersten Stunden der Compression jedesmal beträchtliche Mengen wasserhellen Urins lassen

musste. Bei Besprechung der Operation tritt H. unter Anführung zweier günstiger Fälle dafür ein, dass die Amputation ganz gut innerhalb des kranken Gewebes, am Orte der Wahl, vorgenommen werden könne, da der Rest desselben sich während der Heilung bessere und zu keinem Recidiv Veranlassung gebe. Bei der Scrotaloperation sei vorher elastische Compression, oder, wo diese nicht angehe, langdauernde Suspension des Tumors sehr nützlich. Die Blutung werde gut nur durch eine wohlfixirte, elastische (Esmarch) Abschnürung verhindert. Unna.

Lang schildert (26) zwei aussergewöhnlich günstig verlaufene Fälle von Prurigo. Der erste betraf einen 19jährigen Pat., bei dem das Leiden seit frühester Kindheit bestand und hochgradig ausgebildet war. Täglich ein Schwefelbad, jeden zweiten Tag eine Inunction mit $^1/_2$% Carbolöl und Tr. Fowleri innerlich erzielten Besserung, bis Carbolismus die Therapie auszusetzen zwang, die, später wieder aufgenommen, Heilung herbeiführte. Recidiv ist nicht eingetreten. Vf. hatte noch 12 Pruriginöse in Behandlung gehabt, worunter ein Kind mit leichter Form geheilt sein dürfte, jedoch auch ein Kind mit schwerer Form vollkommen geheilt worden ist. Das Kind war zweijährig. Das Gesicht wurde mit Ungt. Diachyli, der übrige Körper mit Theer behandelt. Die Heilung war auch hier vollkommen und seit mehreren Jahren andauernd.

Auerbach (27) hat bei der Behandlung von Krätzkranken mit Perubalsam günstige Erfolge erzielt. Er unternahm es nun, damit auch Fälle von Pruritus und Prurigo zu behandeln. Auch hier war der Erfolg ein sehr günstiger. Verf. theilt zwei, durch ihre Hartnäckigkeit ausgezeichnete Fälle mit:

C. G., 50 J. alt, litt seit 4 J., in stärkerem Grade besonders im letzten Jahre, an Pruritus. Auf seinen vielen und weiten Reisen hatte er verschiedene Aerzte, jedoch ohne nennenswerthen Erfolg, um Rath gefragt. Pat. consultirte Verf. Anfang Juli vorigen Jahres, zu welcher Zeit er über lästiges Jucken an den Streckseiten beider Ellbogengelenke klagte, während früher die Unterschenkel der Sitz dieses Leidens gewesen waren.

Einreibungen mit Perubalsam hatten schon nach $1^1/_2$ Tagen Besserung und nach wenigen Tagen ein vollständiges Verschwinden des Pruritus zur Folge. Pat. gab an, dass sein Leiden zwar mitunter

etwas schwächer oder stärker gewesen sei, dass er sich aber niemals seit 4 Jahren vollkommen von demselben frei, wie jetzt schon seit mehreren Wochen, gefühlt habe.

Auch bei einem 1¹/₄ J. alten Kinde, welches neben Pruritus an verschiedenen Körperstellen, besonders auf der Brust, mit einer Impetigo-Pustel auf der rechten Wange, nachdem sich den Angaben der Eltern zu Folge eine solche kurz vorher auch auf einem Oberschenkel gezeigt hatte, behaftet war, wurde das Mittel mit gleichem Erfolge angewendet.

Da im letzten Falle neben dem Hautjucken noch eine eiterig exsudative Hautkrankheit bestand, und auch in dem ersten im Jahre 1875 und 1877 Pemphigus an den Unterschenkeln sich einstellte, auf welchen bald darauf, besonders nach der Wiederkehr jenes Exanthems im J. 1877, ein sehr heftiger und anhaltender Pruritus folgte, glaubt Verf. das Jucken auf eine Zurückhaltung von eiterigen Stoffen, insbesondere in der Haut, beziehen zu müssen (? A.), umsomehr als z. B. auch alte Unterschenkelgeschwüre, wenn sie weniger absondern und zuheilen, häufig in ihrer Umgebung ein sehr heftiges Jucken bedingen, während dasselbe nach einer vermehrten Absonderung wieder nachlasse.

Kühn berichtet (28) über eine 1875/76 in der Umgebung von Moringen und namentlich in der dortigen Strafanstalt herrschende Epidemie von Scorbut. Die ersten Fälle kamen ausserhalb der Anstalt vor und erst später kam die Epidemie unter den Gefangenen zum Ausbruch. Die Krankheit entstand im November 1875, nachdem kaltes und abnorm feuchtes Wetter mehrere Wochen ununterbrochen angehalten hatte. In der Anstalt kam noch Ueberfüllung hinzu. Vf. nimmt zwei Formen von Scorbut an, eine durch Inanition hervorgerufene und eine durch Ansteckung sich verbreitende und als Infectionskrankheit zu betrachtende Form. Die von ihm beschriebene Epidemie soll der letzteren Art zugehört haben. Ihrer eigentlichen Natur nach erklärt er sie als miasmatisch-contagiös und parallelisirt sie mit der Intermittens-Infection. Auch soll sich der Infectionsscorbut von dem Inanitionsscorbut durch häufige Verbindung mit Angina, Rheumatismen und broncho-pneumonischen Symptomen unterscheiden, wobei der Verlauf und das Sectionsergebniss der Pneumonien mit denjenigen contagiöser Pneumonien übereinstimmt. (Die Beweise, welche Vf. für die

Ansteckungsfähigkeit des Scorbuts anführt, sind wenig stichhältig; ebenso beruht die Trennung in zwei Formen mit verschiedenem Verlauf auf sehr schwacher Grundlage. A.)

29. Charrier. Ablösung der Haut bei einem lebenden Neugeborenen. (Gaz. des Hôpit. 124, 1879.)

30. Boegehold. Ein Fall von Ichthyosis cornea. (Virchow's Archiv, Bd. LXXIX. S. 545. — St. Petersb. med. Wochenschr. 19. 1880.)

31. Kaczorowski. Leukoplakia buccalis. (Przegląd lekarski 1879.)

32. Jarisch. Zur Wirkung der Pyrogallussäure. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. Heft 2. 1879.)

33. Brückner. Ein Fall von acutem Pemphigus. (Memorabilien Nr. 5, 1880.)

34. Adler: Ein Fall von Pemphigus acutus. (Berl. klin. Woch. XV, 37, 1879.)

35. Jamieson. Universelle exfoliative Dermatitis. (Edinb. med. Journ. April p. 879. 1880.)

Charrier demonstrirte in Paris ein lebendes neugeborenes Kind mit ganz macerirter Haut (**29**). Die Nabelschnur war grünlich-röthlich abgeflacht und zackig; die ganze Körperdecke löste sich bei Berührung ab, und erschien neuerdings, wie bei einem 6—8 Tag früher im Uterus abgestorbenen Fötus. Vom Fusse löste sich die Haut wie ein Handschuh ab. Tags darauf war die ganze Körperdecke abgefallen mit Ausnahme dreier kleiner Stellen, am linken Schenkel, am Rücken und am rechten Oberarm, das Kind sah besser aus, bekam eine natürliche Hautfarbe mit normaler Temperatur und gewann allmälig sogar ein blühendes Aussehen. Weder eine vorangegangene Hautkrankheit, noch Syphilis konnten als ätiologisches Moment in Betracht gezogen werden.

Boegehold beschreibt (**30**) folgenden Fall von Ichthyosis cornea: Ein 9¹/₄ Jahre alter Knabe war während der ersten 3 Monate seines Lebens ganz gesund. Nach Ablauf dieser Zeit traten zuerst an den Fusssohlen und Handflächen warzenähnliche Gebilde auf, die allmälig die ganzen Sohlen und Handflächen einnahmen. In der

Familie wurden bis dahin niemals Hautkrankheiten beobachtet. Ein anderer Knabe derselben Eltern ist gesund. Bei der Aufnahme ins Spital fanden sich an Handflächen und Fusssohlen überall $1—1^1/_2$ Cm. hohe stachelförmige Hervorragungen, die sich auch auf die Volarseite der Finger und die Plantarseite der Zehen erstreckten, wo sie jedoch niedriger erschienen. Die Wucherung war bis ins Nagelbett gedrungen, die meisten Nägel von demselben abgehoben, verkümmert und rissig. Die Haut des übrigen Körpers vollkommen gesund, nur war über beiden Kniegelenken je eine $1^1/_2$ Cm. lange und 1 Cm. breite Partie, die Stacheln von $^1/_4$ Cm. Länge trug. An den Handtellern und Fusssohlen waren diese durch Pilzbildung grünlich gefärbt. Die Krankheit erschien also fast ausschliesslich auf letztere Localitäten beschränkt, während in den meisten Fällen von Keratose gerade diese frei zu bleiben pflegen. Die mikroskopische Untersuchung wurde sowohl an abgeschabten Massen, als auch an einem elliptischen Hautstückchen vorgenommen, welches mitten aus dem erkrankten Gewebe mit dem Messer herausgeschnitten war. Die Cutis zeigte sich, abgesehen von der Papillarschicht, nicht verdickt, dagegen waren die Papillen erheblich hypertrophisch. Die Hauptveränderung aber betraf die Oberhaut. Die Schichtung derselben in Rete Malpighii und Epidermis war fast vollständig verschwunden und bestand fast die ganze Oberhaut aus abgeplatteten, polygonalen, kernlosen Zellen. Nur zwei Reihen kernhaltiger Zellen waren unmittelbar über den Papillen vorhanden. Eine Abhängigkeit der Zapfenbildung in den Hörnern von den hypertrophischen Papillen konnte nicht nachgewiesen werden. Zur Entfernung der Auswüchse wurde in tiefer Chloroformnarkose der scharfe Löffel benutzt, bis die Operation auf blutendes Gewebe führte. Die ziemlich erhebliche Blutung wurde durch Auflegen von Salicylwatte gestillt. Unter Umschlägen von Aq. Plumb. trat schnelle Ueberhäutung der abgekratzten Partien ein, aber schon nach 4 Wochen begannen neue Stacheln sich zu bilden. Das Verfahren musste dann mehrere Male wiederholt werden und ist noch abzuwarten, ob dasselbe einen bleibenden Erfolg haben wird.

Kaczorowski theilt mit, dass er in fünf Fällen Leukoplakia buccalis (**31**) gesehen habe und beweist durch die kurze Anführung der Krankengeschichten, dass die Diagnose sehr schwer zu stellen ist — keiner seiner Kranken war mit Syphilis behaftet. Der wichtigste

Fall betraf eine Frau, bei der zugleich mit den Geschwüren im Munde immer ein papulosquamöser Ausschlag auf den Armen und Händen auftrat. Er hebt die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Leukoplakia buccalis und den geschwürigen Eruptionen bei Syphilis im Munde hervor und was die Therapie anbelangt, so hält er diese fast für ohnmächtig. In dem oben erwähnten Falle verursachten keine Besserung die verschiedensten Heilmittel sowohl innerlich wie äusserlich angewandt, wie: Arsen, Kali jodatum, Schwefel und Salzbäder. Der beste Erfolg ergab sich nach interner und externer Application von Jodoform, da die Eruptionen in längeren Pausen und mit verminderter Intensität nachfolgten. Krowczynski.

Neisser war durch den Vergiftungsfall eines an universeller Psoriasis leidenden Mannes im Gefolge der äusserlichen Application der Pyrogallussalbe zur Ausführung seiner Untersuchungen (s. diese Vtljhrschr., 4. Heft, p. 623, 1879) veranlasst. Da er jedoch zufolge dieser traurigen Erfahrung und zufolge der Ergebnisse seiner Experimente an Hunden und Kaninchen bezüglich der therapeutischen Verwendung der Pyrogallussäure zu Schlussfolgerungen kam, welche geeignet sind, dieses von Jarisch zuerst im Jahre 1878 (siehe diese Vtljhrschr., p. 140, 1. Heft, 1879) empfohlene Heilmittel zu discreditiren, antwortet Jarisch (**32**) folgendermassen:

In seiner ersten Publication, welche die Verwendung der Pyrogallussäure bei Psoriasis zum Gegenstand hatte, habe er folgenden Satz ausgesprochen: In der Dosis von 1—3 Gramm in den Magen gebracht oder unter der Haut injicirt, wirke sie nach den Versuchen von G. Jüdell bei Hunden giftig; am Schlusse des Aufsatzes erwähnt er, dass ihm die Pyrogallussäure in einem Falle von Lupus gute Dienste leistete; daran habe er die Bemerkung geknüpft, dass er gesonnen sei, die Pyrogallussäure „unter Rücksichtnahme auf die Arbeit von Jüdell an beschränkten Hautstellen bei Lupus in Gebrauch zu ziehen".

Verf. könne es nicht verschweigen, dass er in der geübten Applicationsweise allein die Ursache des lethalen Ausganges erblicke. Der Kranke, um welchen es sich handelt, wurde zunächst an der linken Körperhälfte mit einer Salbe (deren Gehalt an Pyrogallussäure nicht angegeben ist) „energisch eingerieben, dann noch einmal mit einer dünnen Schicht Salbe überstrichen, der ganze Körper schliesslich mit

Gummipapier bedeckt und letzteres durch weitgehende Bindetouren befestigt" — demnach solche Bedingungen herbeigeführt, unter denen die massenhafte Resorption des Medicamentes stattfinden konnte.

Die Beobachtung von nahezu 200 Fällen, in denen die Pyrogallussäure zur Verwendung kam, und unter denen sich eine beträchtliche Anzahl solcher Kranken befand, bei welchen die Salbe am ganzen Körper verwendet wurde, berechtigt Verf. vollends zu der Ansicht, dass in der Applicationsweise die Ursache des traurigen Ausganges gelegen war.

Verf. hatte auch niemals noch Gelegenheit, jene Erscheinungen von Strangurie, Fieberbewegungen etc. im Gefolge der Pyrogallussäure-Application, wie sie Kaposi beschreibt, zu beobachten. Nichtsdestoweniger stimmt er Neisser vollends bei, dass die Pyrogallussäure „unter Umständen" eines der intensivsten Gifte für den Organismus sei. — Dies hätten ja bereits die Versuche von G. Jüdell gelehrt.

Es sei wohl nöthig, die Applicationsweise der Pyrogallussalbe, wie sie vom Vf. geübt wird, näher zu erörtern. Nachdem die Anwendung dieses Mittels aus dem Versuchsstadium getreten war, kam stets nur eine 10procentige Salbe zum Gebrauche, und diese wurde in sehr sparsamer Weise auf die psoriatischen Stellen aufgetragen. Bei mittelgrossen Individuen, welche vom Scheitel bis zur Zehe eingepinselt wurden, reichten 100 Gramm einer 10procentigen Salbe für 6—8 Einreibungen, respective drei bis vier Tage aus. Es kamen demnach per Tag etwa 3 Gramm Pyrogallussäure zum Verbrauche. Nimmt man nun an, dass die Hälfte derselben zur Resorption gelangt, — was in Anbetracht des Umstandes, dass ein guter Theil der Salbe in das Flanellgewand oder die Wolldecken, mit denen die Kranken versehen wurden, sich einsaugt, sicherlich zu hoch gegriffen ist — so wird 1·5 Gramm Pyrogallussäure während 24 Stunden aufgenommen. Berechnet man nun das Körpergewicht mit nur 50 Kilogramm, so kommt 1 Gramm Pyrogallussäure auf 33 Kilogramm Körpergewicht, ein Verhältniss, welches weit hinter demjenigen zurückbleibt, wie es bei den Untersuchungen Neisser's Geltung hatte. Die intensiven toxischen Erscheinungen traten in den Versuchen bei Kaninchen erst ein, wenn ein Gramm Pyrogallussäure auf ein Kilogramm Körpergewicht einverleibt wurde.

Diese experimentellen Untersuchungen sind demnach von keinem Belange für die therapeutische Verwendung der Pyrogallussäure. Rück-

sichtlich des Vergiftungsfalles möchte Vf. jedoch nicht wie Neisser folgern, dass der Gebrauch der Pyrogallussäure eingeschränkt werden müsse, wohl aber, dass dieselbe nicht so angewendet werden dürfe, wie sie in der königl. dermatologischen Klinik zu Breslau angewendet worden war. Hier war nämlich die Dosis der einverleibten Pyrogallussäure viel zu hoch, und es kamen ungemessene Mengen des Mittels zur Resorption.

Die Brauchbarkeit des Mittels für die ambulatorische Behandlung sichere ihm einen bleibenden Platz in unserem Medicamentenschatze. Die Geruchlosigkeit der Pyrogallussalbe, die Ungefährlichkeit derselben bei entsprechender Application haben Vf. veranlasst, dieses Mittel auch bei solchen Krankheiten in Anwendung zu ziehen, bei welchen er anfänglich mit deren Application gezaudert habe. So bediene er sich mit Vorliebe der Pyrogallussalbe zur ambulatorischen Behandlung des Herpes tonsurans maculosus. Die von Verf. schon im Jahresbericht des Wiener k. k. allgem. Krankenhauses vom J. 1878 ausgesprochene Ansicht, dass die Pyrogallussäure auf die Pilze selbst einen schädigenden Einfluss übe, hat jüngsthin durch Bovet experimentelle Bestätigung gefunden. 6 — 10 Einreibungen, respective 3—5 Tage waren zur Heilung des Herpes tonsurans ausreichend; die nachträglich eintretende Abschuppung vollendete dieselbe in 10—14 Tagen. Während jedoch in der Mehrzahl der Fälle schon nach den ersten Einpinselungen der Pyrogallussalbe das lästige Jucken vollständig schwand, musste der Vf. in zwei erst kürzlich beobachteten Fällen das Gegentheil erfahren. In denselben trat nach viermaliger Application so heftiges Jucken ein, dass er die Salbe mit dem Theer vertauschen musste; es erscheint räthlich, nunmehr bei dieser Hautkrankheit nur eine 5procentige Salbe zu verwenden.

Die günstige Wirkung, welche die Pyrogallussäure bei Eczema marginatum äussert, habe Vf. schon in einem Aufsatze hervorgehoben. Damals konnte er jedoch nur über zwei Fälle berichten, bei denen er die Salbe auf Leinwand gestrichen applicirt hatte, musste aber bemerken, dass dieses Verfahren für die Kranken sehr unbequem und schmerzhaft war. Jüngsthin hat er jedoch ein ausgebreitetes Eczema marginatum durch einfache Einreibungen der Salbe, wie sie bei Psoriasis vorgenommen werden, nach 20maliger Application geheilt. Schon nach wenigen Einpinselungen war das früher sehr heftige Jucken beseitigt.

Nach all diesen Erfahrungen müsse er die Pyrogallussäure als vortreffliches Mittel neuerdings empfehlen. Der bekannt gewordene Vergiftungsfall könne den Gebrauch derselben nicht einschränken, doch werde er eindringlich zur Vorsicht, die Dosis möglichst gering zu bemessen, mahnen.

Nach Brückner's Berichte (**33**) hatte ein Mann von 57 Jahren, Potator, früher stets gesund, niemals syphilitisch, seit August v. J. Beklemmungen in der Cardia, Brustbeklemmungen, belegte Zunge, Appetitmangel, Erbrechen, Unruhe, Schlaflosigkeit und Abmagerung, bei welchen Leiden Verschiedenes versucht worden war, aber Opium allein und dann nur vorübergehend geholfen hatte. Gelegentlich durch den Hautreiz eines Empl. oxycroceum und Einreibungen mit Franzbranntwein und Salz entstand am 21. Oct. v. J. ein Exanthem, welches Brennen verursachte und zuerst oben an der Brust in Form von rothen, fühlbaren Flecken erschien.

Am 23. Oct. sah Verf. den Pat. zuerst. Derselbe war an der Innenseite beider Arme mit haselnussgrossen, hohen Blasen so dicht übersäet, dass das Ganze einem Herpes zoster en gros nicht unähnlich war. Dieselben standen auf rothen Flecken, deren sich auf dem Rücken, Bauche, den Oberschenkeln bis über die Knie hinab fanden. Die Temperatur war 37,8° C., Puls 80. Das Allgemeinbefinden war gut und waren sämmtliche vorausgegangene Beschwerden mit dem Ausbruche des Exanthems vollständig verschwunden. Dem letzteren ging überall Oedem voran.

Die runden, bräunlichrothen Flecke, etwas erhaben und fühlbar, waren etwa 1 Mark gross, flossen vielfach in einander, verschonten am Unterleibe nur eine vier Hände grosse Partie quer über dem Nabel. Der ganze Rücken war mit solchen Flecken bedeckt, ohne gesunde Haut zu zeigen. Die Oberarme und Oberschenkel trugen solche Flecke besonders auf der Innenseite. An den Vorderarmen und Unterschenkeln verloren sie sich mehr und fehlten von Hand- und Fussgelenken abwärts vollständig. Die Genitalien waren und blieben frei. Vom 30. October an gingen die Flecke auch auf den Nacken, dann über die Ohren und als zusammenhängende, glatte Röthe auf die Augenlider, Backen und Nase.

Die Blasen folgten den Flecken in etwa 24 Stunden. Gleich nach den Oberarmen wurden am 25. Oct. die Oberschenkel an der

Innenseite befallen, dann der Reihe nach die Vorderarme, die Unterschenkel, am 28. Oct. die Handgelenke, am 29. Oct. die Hände, dann die Fussgelenke und Füsse. Brust und Unterleib blieben von Blasen verschont, ebenso der Rücken. Im Nacken und an der Aussenseite der Ohren schossen am 2. Nov. kleine Linsen-, selbst erbsengrosse Bläschen auf. Im Gesichte zeigten sich nur zwei ganz kleine Bläschen an Stirn und Backen und waren am 10. Nov. zum ersten Male keine neuen Blasen vorhanden, nur fand sich noch am 18. Nov. eine kleine vereinzelte Blase am rechten Knie vor.

Die Blasen standen auf den angeführten rothen Flecken, verbreiteten sich den 30. Oct. an Oberarmen und Oberschenkeln auch etwas nach Aussen, verschonten die Achselgrube und gingen etwas unterhalb derselben in geringer Anzahl, ohne voraufgehende Flecke, auf den Thorax über. An den Vorderarmen und Unterschenkeln waren sie unsymmetrisch vertheilt, verschonten mehr die Ulnarseite der Arme und die vordere der Unterschenkel. An beiden Stellen, Vorderarmen und Unterschenkeln, wurden die Blasen seltener, an Hand- und Fussgelenken häufiger, an Hand- und Fussrücken wieder seltener, auf Fingern und Zehen nur einzeln und Palma und Planta blieben ganz verschont. Ebenso blieben verschont die Genitalien, Brust, Bauch, Achselhöhlen, Rücken und fast das ganze Gesicht. Auf der rechten Kniescheibe war nur eine Blase, auf der linken nicht. Der behaarte Theil des Kopfes, die Haut des Backen-, Schnurr- und Kinn-Bartes blieben ebenfalls verschont. Auf der Unterlippe war jedoch eine kleine Blase an der Grenze der Schleimhaut; in der Mundhöhle fehlten dieselben ebenfalls. So scheinen die Blasen besonders die dicht behaarten Körpertheile — Brust und Bauch waren ebenfalls stark behaart — gänzlich verschont zu haben, wie auch solche Hautstellen, welche, z. B. über Knochen stärker gespannt waren, oder — wie auf dem Rücken und Steiss — durch gleichmässigen Druck beim Liegen am Ausbruche verhindert wurden und endlich da, wo harte, dicke Oberhaut war, wie an der Palma und Planta. Die Verbreitung der Blasen war also eine andere als bei Kindern, bei denen auch der behaarte Theil des Kopfes, die Achselhöhle, Rücken, Steiss, Genitalien, Gesicht, Lippen, selbst die Mundhöhle und bei Syphilitischen auch die Hand- und Fussfläche gewöhnlich befallen werden (die Hallenser Epidemie von Olshausen und Merkus, siehe dieses Archiv pag. 283, 1871). Aber auch bei Erwachsenen kommt mitunter

Ergriffensein des behaarten Kopftheiles, der Streckseiten der Extremitäten (s. den Fall von Pribram im Archive für Dermatologie und Syphilis pag. 469, 1869), der Achselhöhle und der Genitalien vor.

Viele Blasen standen auf kreisrunder Grundfläche. Die Richtung des grössten Durchmessers des ovalen Blasengrundes stand an Oberarmen und Oberschenkeln zur Gliedaxe quer, an Vorderarmen und Unterschenkeln derselben mehr parallel, an Hand- und Fussgelenken quer, an den Rändern der Hände und Füsse ersterem parallel, hinter den Zehen quer. An Hand- und Fussgelenken lagen die Blasen ringförmig, wie Armbänder.

Die Grösse der Blasen war an Ober-Armen und -Schenkeln die von Bohnen und Haselnüssen, an den Oberschenkeln auch die von Wallnüssen. An den Vorderarmen und Unterschenkeln waren die Blasen noch grösser, mit unregelmässiger Grundfläche. An Hand- und Fussgelenken, Händen und Füssen hatten dieselben verschiedene Grösse. An den Ohren waren sie erbsen-, an Nacken und Gesicht linsengross. Im Allgemeinen zeigten die Schenkel grössere Blasen als die Arme.

Die Blasen an Oberarmen und Schenkeln standen meist auf kreisrunder, manche von ihnen auf etwas ovaler Grundfläche und waren prall, kugelig gewölbt, scharf, im rechten Winkel und darüber von der Haut sich abhebend. An Vorderarmen und Unterschenkeln und weiter hinab wölbten sich die Blasen flacher und flossen hie und da in einander. An den Ohren war die Form derselben kugelig, am Nacken und im Gesichte flach.

Der Inhalt der meisten Blasen war hellgelb, klar, etwas klebrig, reagirte bei frischen Blasen deutlich, bei älteren nur schwach alkalisch. Am Oberschenkel enthielten einige Blasen eine geringe Menge Eiter, der sich an der abhängigsten Stelle sammelte, über welchem die klare Flüssigkeit stand. Von der Mitte der Vorderarme und Unterschenkel an abwärts war in vielen Blasen dem Inhalte derselben Blut beigemischt, wodurch sie eine bläuliche Färbung erhielten. An anderen Körperstellen kam dies nicht vor. Besonders merkwürdig war das Aufschiessen von bohnengrossen Blasen innerhalb wallnussgrosser Blasen auf derselben Grundfläche. Es kam dies fünfmal am rechten Unterschenkel vor. Die kleinere Blase erhob sich in der grösseren am 6. Nov. dreimal bei unverletzter äusserer Haut der letzteren und brach schliesslich mit ihrem Gipfel durch dieselbe hin-

durch. Zweimal, am 8. und 9. Nov. entstand die kleinere Blase in der grösseren, deren Haut schon zerrissen war. Der Inhalt der kleineren war ebenso wie bei den übrigen. Ihre Grundfläche war röther, ihre Haut schien etwas feiner als die der anderen zu sein.

Die Blasen, nachdem sie einige Tage gestanden hatten, wurden allmälig flacher und welker. Während der Inhalt resorbirt wurde, bis die Haut derselben wieder dem Chorion anlag, vertrocknete letztere und stiess sich dann, wie beim Scharlach, in grossen Fetzen ab; oder die Blasen wurden durch Zufall abgestossen oder zerdrückt. Dann vertrocknete die Haut, lose vom Körper abstehend. Die Blut enthaltenden Blasen blieben auch nach der Abtrocknung blau. Die Reihenfolge der Abtrocknung war dieselbe wie beim Ausbruche. Röthliche, glatte Flecke mit dünner Haut bezeichneten sodann den früheren Standpunkt der Blasen. Mit der Abtrocknung schwand auch das Oedem, jedoch waren die Füsse noch bis zum 11. Nov. geschwollen.

Das Fieber war während der Krankheit nur gering. Einmal erreichte, als höchsten Punkt, die Temperatur 38·9° C., der Puls hatte höchstens 88 Schläge. Das Allgemeinbefinden war stets gut, der Appetit vortrefflich, der Stuhlgang anfangs etwas erschwert, später normal, der Urin meistens dunkel mit starkem rothem Bodensatze.

Das anfängliche Brennen der Haut wich der äusserlichen Anwendung des Kartoffelmehls und dem innerlichen Gebrauche der Magnesia. Die Eiter enthaltenden Blasen wurden geöffnet und mit 2proc. Carbolsäure ausgewaschen. Aus Versehen nahm Patient einen Esslöffel voll (= 0,28) Carbolsäurelösung. Auf das Befinden hatte die genommene Carbolsäure nicht die geringste Wirkung, aber am folgenden Tage waren sämmtliche Blasen flacher. Nach Umschlägen mit derselben Lösung auf die Blasen war der Inhalt derselben am folgenden Tage resorbirt, die Haut derselben lag dem Chorion flach an und die Umgebung hatte die Röthe verloren.

Adler theilt (**34**) folgenden Fall als Beweis für das Vorkommen eines acuten Pemphigus mit, und betont die Betheiligung der Schleimhaut des Mundes und Rachens am Krankheitsprocesse: Eine 48jährige, gut genährte Bauernswitwe wurde in die Irrenanstalt bei Schleswig mit dem Bilde einer agitirenden Melancholie aufgenommen und erkrankte 8 Tage später unter Fieber, wobei sie über Mattigkeit, Gliederschmerzen und starken Durst klagte. Gleichzeitig

entstand, begleitet von heftigen Schmerzen in den Beinen und geringem Oedem derselben, auf den Füssen und bis zur Hälfte der Unterschenkel hinauf eine Eruption linsengrosser, mit heller Flüssigkeit gefüllter, prall gespannter Blasen, die sich schon am nächsten Tage über die Oberschenkel, den Rumpf und weiterhin über die Hände ausdehnte, bis am 3. Tage unter Collapsus der Tod eintrat. Während der beiden letzten Tage betrug die Körpertemperatur 38·4 und 38·6° C. — Aus dem Sectionsprotokoll ist, abgesehen von den Erscheinungen auf der äusseren Haut, die leichte Ablösbarkeit des Epithels von der gerötheten Schleimhaut des Gaumens und des Oesophagus zu erwähnen.

Jamieson (35) bringt 6 Fälle theils acut, theils chronisch verlaufender allgemeiner Dermatitis mit beträchtlicher Abschuppung, welche sich nur zum kleineren Theile mit dem Bilde der Pityriasis rubra (Hebra) decken. Er erinnert jedoch daran, dass von Hans Hebra und Kaposi bereits Angaben über diese Krankheit vorliegen; welche den engen Rahmen der ursprünglichen Hebra'schen Definition überschreiten, besonders was die Unheilbarkeit dieser Affection betrifft. Der erste Fall betraf einen 24jährigen Feldarbeiter und war mit spasmodischem Asthma, Albuminurie und einseitigem Schwitzen complicirt. Mit der Beseitigung der Albuminurie trat dauernde Heilung ein. Der zweite Fall betraf einen 68jährigen Mann, der, früher stark schwitzend, nach einem Gichtanfall vollständig zu schwitzen aufgehört hatte und bald darauf von allgemeiner Röthung und Schuppung der Haut befallen wurde. Da eine Mitralinsufficienz vorlag, wurde zuerst Digitalis, später Eisen gegeben. Vollständige Heilung trat ein, besonders nach dem Gebrauche der Eisenbäder in Harrogate. In einem dritten Falle handelte es sich um ein Recidiv der allgem. Dermatitis, welche schon früher 4 Monate bestanden hatte und spontan geheilt war. Hier wurde eine erhebliche Besserung erzielt. Der vierte Fall war dagegen nach 13jähriger Dauer von jeder Behandlung vollkommen unbeeinflusst. Diesen chronischen Fällen schliessen sich noch zwei acute an. Der eine fand sich bei einem 6jährigen Kinde vor, das wegen Keuchhustens lange Zeit mit Chloralhydrat behandelt war. Es zeigten sich rothe, unregelmässig begrenzte, etwas erhabene, nicht juckende Flecke, symmetrisch über den ganzen Körper zerstreut, die sich gelblich verfärbten und mit rothem Hof umgaben, während zu gleicher Zeit matsche Blasen auftraten. Während die Hautaffection

heilte, entwickelte sich eine Pneumonie, der das Kind erlag. Nach J. steht dieser Fall zwischen Pityriasis rubra und Pemphigus foliaceus (? Ref.). Der andere Fall von acuter Dermatitis trat zu einer acuten Myelitis hinzu; beide Krankheiten endeten in Genesung. In therapeutischer Beziehung räth der Verf., die Haut durch Petroleumderivate geschmeidig zu erhalten, zuerst die Diurese durch Alkalien und Digitalis anzuregen und sodann grosse Dosen der Tinctura ferri sesquichl. und kleine Dosen Carbolsäure zur Minderung der Hauthyperämie in Anwendung zu bringen. Unna.

36. **Lang**. Carcinom auf Lupus. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 48, 1879.)
37. **Maxim. Zeissl**. Ein Fall von vereiterndem Rhinosklerom. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 22, 1880.)
38. **Besnier**. Ueber Dermatomyome. (Ann. de Dermat. et Syph. vol. I, Nr. 1, 1880.)
39. **Hyde**. Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Molluscum verrucosum. (Edinb. med. Journ. p. 687. Febr. 1880.)

Nach Lang (36) erleidet der träge Verlauf des Lupusprocesses eine vollständige Umänderung, wenn zu der ursprünglichen Erkrankung sich Carcinom hinzugesellt. Es wechselt da mit einem Male das Bild: Ein Knötchen, das bis dahin eine durch Wochen kaum bemerkbare Veränderung dargeboten, wandelt sich zu einem rasch wuchernden Knoten um; ein Geschwür, das vordem durch Monate stationär geschienen, führt zu Zerstörungen, die in manchen Fällen nahezu stündlich neue Randpartien erfassen und sich immer mehr vertiefen.

Im November 1878 stellte sich dem Verf. ein 57 Jahre alter Knecht weniger wegen eines seit 47 Jahren bestehenden Lupus vor, als wegen der erst vor 6—7 Wochen hinzugetretenen Geschwulst, welche mitten auf lupösem Boden wucherte. Das ganze Gesicht war, mit Ausnahme des Kinnes, der rechten Oberlippen-, der oberen Stirngegend und der oberen Augenlider, lupös erkrankt. Die unteren Augenlider ektropionirt und in den an den Wangen befindlichen weissen Narbenzügen fixirt. Der ganze Nasenrücken und die angrenzende rechte Wange von mächtigen schwarzbraunen Borken bedeckt, die abgehoben eine zusammenhängende, rothe, stellenweise blutende,

mit ungleich grossen, üppigen, aber weichen Granulationen versehene Geschwürsfläche zum Vorschein kommen liessen. Ein kleineres, aber sonst ähnlich aussehendes Geschwür befand sich auf der linken Wange, wo im Uebrigen bis zu der gleich zu beschreibenden Geschwulst hin Lupusknötchen eingestreut lagen. Die Nasenflügel bis auf kleine Reste zusammengeschrumpft und die linke Nasenöffnung auf eine kleine Lücke verengert. Unmittelbar vor dem linken Ohrläppchen, das so wie die Ohrmuschel durch Lupusinfiltrate zu einem unförmlichen Wulste verdickt war, sass auf etwas eingeschnürter Basis eine halbkugelige Geschwulst, die 4 Ctm. im Durchmesser und 2 Ctm. in ihrer höchsten Wölbung mass. Ihre stellenweise mit einer Borke bedeckte Oberfläche war uneben, bald Höcker, bald Klüfte darbietend, meist roth, hie und da nekrosirend. Die Geschwulst selbst war weich, in der Haut, aus welcher sie hervorgewuchert, nicht eben deutlich abgegrenzt und nicht ganz frei verschieblich. Keine Schmerzen.

Es ist nach dem Verf. ungemein verlockend, in den gegen das Lupusgewebe vorwachsenden Epithelien den ersten Anstoss zur Carcinombildung (d. i. zur atypischen Epithelwucherung) zu suchen. Doch ist das Vordringen von Epithelien gegen lupöse Partien so gewöhnlich vorgefunden worden, und führt dem gegenüber der Lupus so selten und dann erst nach so langjährigem Bestande zu Krebs, dass hierbei ausser diesen auch noch andere Verhältnisse in Rechnung zu ziehen sind.

Mit dem zugeschärften Rande eines nach der Fläche leicht gekrümmten Spatels hob Verf. (November 1878), wie mit einem scharfen Löffel, die Geschwulst in einem Zuge aus dem Boden, in dem sie gewurzelt, und schabte nachträglich Grund und Umgebung mit einem gewöhnlichen scharfen Löffel so lange nach den verschiedensten Richtungen hin, bis er aus der Resistenz des zurückgebliebenen Gewebes alles Carcinomatöse entfernt zu haben schliessen konnte. Aus der blossgelegten Fascia parotideo-masseterica spritzte ein Gefäss und erforderte eine kurz andauernde Compression. Unter einem Carbolverbande trat allmälige Heilung der Wunde, die ausserdem täglich mit Tinct. arsenical. Fowleri bepinselt wurde, ein, und war dieselbe am 1. Februar 1879 mit einer festen Narbe bedeckt.

Inzwischen wurde auch die Behandlung des Lupus in der üblichen Weise in Angriff genommen und fortgesetzt, und dem Pat. innerlich zuerst Jodeisen und dann Fowler'sches Solution, die er noch gegenwärtig einnimmt, gereicht.

Ein Recidiv des Carcinoms ist bis ein Jahr seit der Operation nicht aufgetreten. Auch der Lupus besserte sich so auffallend, dass selbst das Ektropium der unteren Augenlider verringert erscheint.

Zur mikroskopischen Untersuchung konnte nur der mit dem Spatel herausgehobene Theil verwendet werden, in welchem sich Krebs, Lupusgewebe jedoch nicht vorfand. Es unterliegt keinem Zweifel, dass in den Randpartien, die klinisch ja ganz deutlich diffuse Lupusinfiltrate und disseminirte Lupusknötchen erkennen liessen, der Nachweis des Lupusgewebes auch mikroskopisch hätte geführt werden können, nur sind gerade diese Theile, sowie auch der Grund geschabt und dadurch für eine instructive anatomische Untersuchung unbrauchbar geworden.

M. Zeissl veröffentlicht (37) die Krankengeschichte eines mit Rhinosklerom behafteten Mannes. Es sei dies bisher der einzige Fall, in welchem der ausgedehnte und tiefgreifende Zerfall der in Rede stehenden Neubildung constatirt werden konnte. Derselbe wurde schon im Jahre 1874 in den von Zeissl sen. als Beilage zur dritten Auflage seines Lehrbuches herausgegebenen Tafeln abgebildet und die Krankengeschichte in Kürze publicirt. Ungeachtet dieser Mittheilung werde jedoch noch sehr häufig der Zerfall der Rhinoskleromknoten als nie vorkommend angenommen. Die Krankengeschichte ist folgende:

W. H., 35 Jahre alt, ledig, aus Galizien gebürtig, wurde am 7. October 1872 aufgenommen. W. gab an, dass er mit Ausnahme eines infectiösen Harnröhrenkatarrhs, an welchem er in seinem 17. Lebensjahre erkrankte, und der innerhalb sechs Wochen vollständig zur Heilung gebracht wurde, nie mit einem ähnlichen Leiden behaftet war. Geschwüre an den Genitalien oder andere auf Syphilis deutende Symptome hat er nie an sich beobachtet. Seine Eltern, die ebenfalls untersucht und von Syphilis frei befunden wurden, waren weder vor noch nach der Geburt des W. nach ihrer Angabe je erkrankt gewesen. Seit dem Jahre 1864 bemerkte der Kranke, dass sein Geruchssinn abnehme und dass er schwerer athme, weil er durch die Nase keine Luft bekomme. Das Leiden in der Haut der Nase und in der Haut über den Thränensäcken soll im Jahre 1866, und zwar am linken Nasenflügel und in der Haut über dem linken Thränensacke begonnen haben. Als ätiologisches Moment gibt W. einen Fall auf die Nase gelegentlich gymnastischer Uebungen an. Mercur und Jod blieben

ohne Erfolg. Im Gesichte des Kranken konnte man folgende Veränderungen constatiren: In der Haut neben den beiden inneren Augenwinkeln über den beiden Thränensäcken waren von Krusten bedeckte Rhagaden zu finden, welche sich in elfenbeinharten, daselbst situirten Knoten gebildet hatten. Der Knoten der linken Seite hatte die Thränenleitung durch Compression vollständig aufgehoben. Der linke Nasenflügel war durch zwei harte an einander stossende Knoten in eine elfenbeinharte, starre Masse umgewandelt. Ein gleicher kleinerer Knoten fand sich im rechten Nasenflügel, welcher von rauher, haar- und follikelloser Haut bedeckt wurde. Das Colorit der erkrankten Hautpartien war kaum verändert. Beide Nasenöffnungen waren durch derbe Infiltrate der gewulsteten Nasenschleimhaut verengt. Namentlich war dieselbe aus dem rechten Nasenloche wulstförmig hervorgestülpt, das linke Nasenloch war in Folge der derben Infiltrate der Nasenschleimhaut in einen sehr schmalen Längsschlitz umgewandelt. Die unteren Nasengänge beider Seiten waren selbst für eine mässig dicke Sonde sehr schwer durchgängig und dadurch die Athmung sehr behindert. Die ganze Nase erschien etwas ödematös geschwellt, der üble Geruch, welcher bei syphilitischen Erkrankungen der Nase fast constant vorhanden ist, war nicht wahrzunehmen. Bei Inspection des Pharynx erwies sich die Uvula als abgängig. An der Stelle ihres früheren Sitzes fand sich ein oberflächliches Geschwürchen, welches auf die benachbarte Schleimhaut überzugreifen schien. Ein zweites dreieckiges Geschwür, dessen Basis gegen die Schneidezähne gerichtet war, fand sich in der Schleimhaut des harten Gaumens. Es handelte sich nun um die Feststellung der Diagnose. Man konnte nur an drei Erkrankungen denken, nämlich an Syphilis, Lupus vulgaris und Rhinosklerom.

Um nun einerseits die Diagnose e juvantibus sicher zu stellen und andererseits zu erweisen, dass das Rhinosklerom keine Syphilisform ist, wurden dem Kranken, der sich zu jeder Behandlungsweise bereit erklärte, Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe verordnet. In die Nasenöffnungen wurden mit grauer Salbe bestrichene Charpiewicken möglichst hoch hinaufgeschoben, die erkrankten Hautpartien über den Thränensäcken und die Nasenspitze wurden mit grauem Quecksilberpflaster bedeckt.

Diese Behandlung wurde consequent vom 9. October bis 11. November 1872, an welchem Tage der Kranke die 31. Einreibung à 2 Gramm ausgeführt hatte, fortgesetzt. Am erwähnten Tage klagte

der Kranke über Appetitlosigkeit und wurden deshalb die Einreibungen sistirt und innerlich Syrupus ferri jodati zu 2 Gramm de die verabreicht. Während dieser ganzen Zeit hatte sich nur die leichte ödematöse Schwellung der Nase etwas vermindert, die übrigen Krankheitssymptome waren unverändert geblieben. Da der Kranke sich am 26. November wieder wohl fühlte, wurden demselben neuerlich Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe verordnet, und machte der Kranke bis zum 8. December noch weitere 12 Einreibungen. Von dem letzteren Tage ab blieb der Kranke ohne Medicament. Vom 17. December an wurden die aus den Nasenlöchern hervorragenden Schleimhautwülste mit Jodtinctur bepinselt. Da am 15. Jänner die Symptome noch immer im Wesentlichen unverändert waren, wurde dem Kranken von diesem Tage an Decoctum Zittmanni verabreicht und consumirte der Pat. 18 Portionen à 300 Gramm von dem stärkeren und 18 Portionen à 300 Gramm de die von dem schwächeren in der bekannten Weise. Auch dieses Medicament blieb ohne jeden Erfolg. Vom 1. Februar ab nahm der Kranke täglich 2 Grm. Jodkalium und wurden die Nasengänge durch Einlegen von Pressschwamm dilatirt. Bei fortgesetztem Jodkaliumgebrauch war der Zustand bis zum 4. April unverändert geblieben.

Trotz der geschilderten Therapie hatte sich in dem Knoten des linken Nasenflügels Eiter gebildet und die Fluctuation stetig zugenommen, und war am 10. April 1873 endlich Durchbruch des Eiters erfolgt, wodurch der ganze linke Nasenflügel in ein von der Nasenspitze bis zur Nasolabialfalte reichendes Geschwür umgewandelt wurde. Auf die Geschwürsfläche wurde Jodoform gestreut und auf das schmerzhafte Gesicht kalte Ueberschläge applicirt. Da das Geschwür durch das Jodoform zu stark gereizt wurde, beseitigte man dasselbe, und da dem Kranken die kalten Ueberschläge angenehm waren, wurden nun diese fortgesetzt und innerlich Jodkalium verabreicht. Am 23. April zerfiel der Knoten über dem linken Thränensacke ebenfalls und begann das aus dem Rhinoskleromknoten am linken Nasenflügel hervorgegangene Geschwür sich zu reinigen und griff nicht mehr weiter. Am 9. Mai zerfiel die wulstförmig vorgetriebene Schleimhaut der linken Nasenhälfte und zeigte sich in derselben ein kraterförmiges Geschwür. Die Eiterung war eine ziemlich profuse. Das Geschwür wurde jeden zweiten Tag mit Nitras argenti in Substanz betupft und für häufige Reinigung der Nase mit 2 %igem Carbolwasser gesorgt. Gleichzeitig

entwickelte sich eine Reihe von Geschwürchen von Linsen- bis Bohnengrösse in der Schleimhaut des harten Gaumens. Durch den ziemlich ausgedehnten Zerfall hatte sich der Dickendurchmesser der Knoten im linken Nasenflügel um die Hälfte verkleinert und war auch der linke untere Nasengang etwas wegsamer geworden.

Der Zerfall der Geschwüre schritt nun langsam fort und war endlich das Septum mobile nasi perforirt worden und hatte sich das Geschwür in der Haut über dem linken Thränensacke bis zur Mitte des unteren linken Augenlides ausgedehnt. Die harte Infiltration hat sich auch weiter auf die Oberlippe ausgedehnt und das Geschwür am linken Nasenflügel eine unebene, höckerige, stark eiternde Oberfläche dargeboten.

Am 16. September 1876 erfolgte der Tod des Kranken. Der ganze linke Nasenflügel fehlte zuletzt bis nahe an den knöchernen Theil, der zurückgebliebene Hautrand war verdickt, hart anzufühlen und mit Knoten von verschiedener Grösse besetzt. Die Nasenspitze und der ganze Rand des rechten Nasenflügels im Zerfalle begriffen, das Septum nasi kolbenartig verdickt, hart und füllte beide Nasenlöcher aus, so dass diese nur sehr enge Längsspalten darstellten. Die Oberlippe war verdickt, mit Rhinoskleromknoten infiltrirt und des Schnurrbartes verlustig geworden. Die Schleimhaut der Oberlippe, sowie die der Mund- und Rachenhöhle war vollkommen intact, zeigte aber die Narben von früheren Ulcerationen. Die Rhinoskleromknoten über den Thränensäcken hatten an Grösse noch weiter zugenommen und zeigten in ihrem Centrum ein mässig tief greifendes Geschwür. Die Conjunctiva war nicht ergriffen.

In einer Serie von Aufsätzen über Hautgeschwülste, welche Besnier mit dem von uns schon referirten Artikel über colloide Entartung der Haut (diese Vtljhrschr. I. Heft, pag. 139, 1880) begonnen hat, erörtert derselbe Autor weiter die Myome der Haut (38). Er berichtet über folgenden Fall: Ein 60jähriges Weib zeigte zerstreut über den Stamm und die oberen Gliedmassen linsengrosse, blass rosenrothe, runde und ovale, wenig erhabene Flecke; ferner kleine, ziemlich feste, erbsen- oder linsengrosse, ebenso gefärbte, hie und da dunklere Geschwülste. Ihre Oberfläche war von normaler Hornschicht bedeckt, nirgends pigmentirt, die Sensibilität normal, kein Jucken.

Sie hatten sich in 3 Monaten entwickelt. Excidirte Stücke erwiesen sich nach Balzer's Untersuchung (Soc. de Biologie. 25. Jänner 1879) als völlig aus Bündeln von glatten Muskelfasern bestehend, welche ein dichtes Geflecht bilden. Die Oberhaut darunter verdünnt, aber sonst normal. Hie und da im Gewebe der Spindelzellen Gefässdurchschnitte und bisweilen Nervenbündel. Talg- und Schweissdrüsen selten. Verf. bezeichnet diese Geschwülste als Liomyome.

Verf. weist schliesslich darauf hin, dass diese Neugebilde, welche zuerst von Virchow, dann von Forster und Verneuil beschrieben worden sind, nicht blos, wie früher geglaubt worden war, von praeexistenten, musculösen Elementen (Dartos, Umgebung der Brustwarze), sondern direct aus dem Bindegewebe der Haut hervorgehen können.

Ein Deutsch-Amerikaner von sonst blühender Gesundheit bekam zweimal unter der Beobachtung von Hyde (39) eine universelle Eruption von glatten, halbkugelförmigen, 1—3 Mm. im Durchmesser haltenden, vollständig indolenten Efflorescenzen, nachdem bereits vor einem Jahre dieselbe Affection an denselben Stellen aufgetreten und nach fast einjährigem Bestande von selbst mit Hinterlassung röthlicher Flecke verschwunden war. Die Efflorescenzen waren nie gedellt, nie abgeflacht oder zugespitzt, zeigten keine Bevorzugung der Follikel und nirgends secundäre pathologische Produkte, wie sie auch auf vollständig gesunder Haut aufsassen. Die kleinsten waren miliumähnlich, die grösseren röthlich bis bläulichroth und zeigten sämmtlich eine weisslich durchscheinende Kappe ohne Andeutung eines Ausführungsganges. Beim Anstechen und Durchschneiden entleerte sich reines Blut, weder Eiter noch Sebum konnte herausgedrückt werden. Die Eruption nahm den Rumpf und die Extremitäten mit Ausnahme der Füsse und inneren Handfläche ein. Der Handrücken und die Interdigitalfalten trugen wenige Papeln. Ganz frei waren stets Kopf und Genitalien, während die Glutaealgegend und die Oberschenkel am dichtesten besetzt erschienen. Sehr starkes Schwitzen, wozu der Pat. neigte, war das einzig auffindbare ätiologische Moment. Das erste Recidiv während der starken Sommerhitze von 1878 war Januar 1879 verschwunden, das zweite schwächere Recidiv vom April 1879 bereits im Juli 1879 trotz andauernder Hitze ebenfalls. Die Abhängigkeit von starkem Schwitzen, die spontane Involution und Recidivfähigkeit,

das Fehlen aller subjectiven Symptome und die Blutung beim Anschneiden hat die Affection mit dem Molluscum verrucosum (Kaposi) gemein, während die ungeheure Menge der Efflorescenzen, das Fehlen einer eingeschnürten Basis und einer centralen deprimirten Oeffnung, eines weissen, milchigen, käsigen, lappigen Inhalts, das Freibleiben von Gesicht und Genitalien gegen diese Diagnose sprechen. Trotzdem stellt Hyde auf die brieflich mitgetheilte Ansicht von Kaposi hin die Diagnose auf Molluscum verrucosum (Kaposi) und weist auf einige Fälle dieser Krankheit von Hutchinson hin, die analoge Abweichungen bieten. Zu bedauern ist nur der Mangel einer äquivalenten histologischen Bearbeitung des Falles, welche diese Zweifel wohl sicher entschieden haben würde. Unna.

40. Eichhorst. Beobachtungen über Alopecia areata. (Virch. Arch. Bd. LXXVIII. p. 197. 1879.)

41. Michelson. Zur Discussion über die Aetiologie der Area Celsi. (Virchow's Arch. Bd. LXXX. 1880.)

42. Vidal. Alopecia areata. (Gaz. des Hôp. 59. 1879.)

43. Fournier. Ueber Alopecie. (Gaz. des Hôp. 134. 136. 150. 1879.)

Die Untersuchung der Haare, welche Eichhorst (**40**) an 9 mit Alopecia areata behafteten Kranken angestellt hat, ergab mit Ausnahme eines Falles ein negatives Resultat. In demselben liess sich bei einem 53jährigen Manne zwischen dem Haare und der Wurzelscheide, sobald letztere an jenem haften geblieben war, bei 1250facher Vergrösserung eine Menge grünlich-gelb gefärbter Pilzsporen von runder Form und einem Durchmesser von 1·3, in der Regel aber von 3·5—4·0 μ nachweisen, die zuweilen auch zwischen die Epithelien der Wurzelscheiden eingedrungen waren, die Haarsubstanz selber jedoch intact gelassen hatten. Mycelfäden konnten selbst bei sorgfältigster Durchmusterung nicht entdeckt werden. Die Untersuchung der Haare wurde in der Weise vorgenommen, dass sie mit ihren unteren Theilen in 20proc. Kalilauge, dann eben so lang in absoluten Alkohol gelegt und nachdem sie 24 Stunden lang der Einwirkung einer gesättigten Lösung von Bismarckbraun ausgesetzt waren, mit absolutem Alkohol ausgewaschen und in Glycerin aufbewahrt wurden. Nur diejenige Stelle des Haares, welche in den oberen Dritteln des Haarfollikels lag, blieb hierbei ungefärbt, sie war deutlich verdünnt und machte den

Eindruck, als wäre sie durch irgend eine Gewalt von allen Seiten eingeengt gewesen. Sie entsprach derjenigen Stelle, an welcher bei den mit Wurzelscheidenresten versehenen Haaren die Anwesenheit der Pilzsporen constatirt wurde.

Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass der gefundene Pilz dem Mikrosporon furfur identisch oder nahe verwandt, jedenfalls aber als die Ursache der Alopecie im vorliegenden Falle zu betrachten sei. Angesichts dieses Befundes entbehre ein negatives Untersuchungsresultat bei dieser Erkrankung deshalb jede Bedeutung, weil beim Herausziehen des Haares selbst gesunder Personen die Wurzelscheide meist nicht mitfolgt, was umsomehr bei einer Lockerung derselben, wie hier, der Fall sein müsse. Beweisend könne ein negativer Befund nur dann sein, wenn die Wurzelscheiden auch in ihren oberen Hälften keine Pilze enthalten. Jedenfalls gehe aus dem mitgetheilten Befunde hervor, dass es eine parasitäre Form der Alopecia areata gebe, wenn auch diese Annahme nicht für alle Fälle dieser Affection passe.

Michelson fasst in einer eingehenden Arbeit (41) die Angaben über Area Celsi aus der jüngsten Zeit zusammen, indem er insbesondere jene der Anhänger der Pilzhypothese einer Kritik unterzieht. (Eine ähnliche kritische Zusammenstellung in Bezug auf dasselbe Thema hat Merklen in dem 2. Hefte der „Annal. de Dermat.“ 1880 veröffentlicht, welche sich jedoch mehr der Pilzhypothese zuneigt.) Wir entnehmen der Arbeit von Michelson Folgendes, wenn auch theilweise den Lesern der Vierteljahresschrift schon Bekanntes:

Malassez nimmt für sich die Wiederentdeckung des „Champignon de la pelade“ nicht in Anspruch, sondern weist dieselbe Hrn. Courrèges, einem „hervorragenden Externe des hôpitaux“ zu. Der letztere untersuchte nicht blos die von der Peripherie der Plaques ausgezupften Haare, sondern auch die Schuppen, welche man erhält, wenn man die Kopfhaut im Niveau der Flecke leicht abschabt. Die Hautschuppen und Haare wurden von Malassez zuvörderst mit Alkohol und Aether entfettet und dann in 1procentiger Phenylsäurelösung resp. in mit Essigsäure leicht angesäuertem, verdünntem Glycerin unter das Mikroskop gebracht. Auch einige, den Plaques entnommene und entsprechend präparirte Hautstückchen sind auf die Anwesenheit von Pilzen untersucht worden. Als Resultat ergab sich: Das Vorhandensein eines Pilzes, der seinen Sitz in dem oberflächlichsten Hornlager der

Epidermis hat und die Lamellen desselben allmälig in Form von Schuppen loslöst. Derselbe findet sich nur zufällig auf den Haaren vor und zwar auf den Epithelzellen, welche mit der Epidermis in Zusammenhang stehen. In den Haarfollikeln wurden, wie Malassez ausdrücklich hervorhebt, keine Pilzsporen gefunden.

Der Pilz besteht einzig und allein aus sehr kleinen sphärischen Sporen, von denen sich 3 Typen unterscheiden lassen: 1. doppeltcontourirte, zuweilen mit einem knospenartigen Auswuchs (bourgeon) versehene, 4—5 μ grosse Sporen; 2. kleinere von 2—2·5 μ Durchmesser ohne Doppelcontour, aber gelegentlich noch mit bourgeons; 3. ganz kleine (sporules) mit einem Durchmesser unter 2 μ, einfachem Contour und ohne bourgeons. Rosenkranzartige Aneinanderreihungen von mehr als höchstens 5—6 Sporen fanden nicht statt; desgleichen sind fadenförmige Elemente nicht beobachtet. Bei der Aehnlichkeit einzelner der beobachteten Formen mit Fetttröpfchen behandelte Malassez einige Präparate mit Osmiumsäure, durch welche jedoch eine Schwarzfärbung nicht herbeigeführt wurde.

Der Arbeit von Buchner entnimmt Vf. dessen Schlüsse, welche er in folgender Weise zusammenfasst:

Um die Pilzfrage bei Area Celsi zur Entscheidung zu bringen, kann man versuchen, durch Ausziehen der ergriffenen Haare mit einer ausgeglühten Pincette und Einbringen derselben in pilzfreie Nährlösung (Fläschchen mit Watte verschlossen, und im Dampftopf während 1—2 Stunden auf 110—120° C. erhitzt) die supponirten pathogenen Schizomyceten zu vermehren und auf diese Weise einem näheren Studium zugänglich zu machen. Selbstverständlich hängt diesem Verfahren der Uebelstand an, dass wohl immer am freien Theile des Haarschafts einige aus der Luft stammende gewöhnliche Spaltpilze sitzen mögen, die demnach in die Züchtungsflüssigkeit mit eingeführt werden. Da nun die supponirten Pilze der Area Celsi jedenfalls in den anhängenden Gewebstheilen der Haarwurzel grösstentheils feststecken würden, durch Schütteln in der Flüssigkeit sich also nicht vertheilen liessen, so wäre es in diesem Falle nicht wie sonst möglich, durch Verdünnung eine wirkliche Reincultur der pathogenen Pilze zu erlangen. Durch geeignete Wahl der Nährlösung, d. h. durch Anwendung einer den Schizomyceten im Allgemeinen möglichst günstigen, würde man jedoch, wenigstens für den Anfang der Vegetation sicher darauf rechnen dürfen, dass die supponirten pathogenen Pilze sich annähernd ebenso rasch vermehren,

als die zufällig hineingelangten gewöhnlichen Spaltpilze. Da nun aber die pathogenen Pilze anfangs in der Ueberzahl waren (ihre Anwesenheit überhaupt vorausgesetzt), so müssten dieselben wenigstens für die erste Zeit in überwiegender Menge in der Züchtung sich bemerklich machen. Buchner hat nun bei dem einzigen von ihm beobachteten Falle in dieser Weise Versuche angestellt und bei achtmaliger Wiederholung jedesmal die gleiche Pilzform angetroffen, und zwar eine charakteristische, zu den Schizomyceten gehörige Form, wie Buchner sie niemals bei zufällig in der Luft vorkommenden Spaltpilzen resp. deren gezüchteten Abkömmlingen beobachtet hatte. Dieselbe bestand aus je einem kleinen glänzenden scharfbegrenzten Körnchen von kaum 0,001 Mm. Durchmesser mit zwei sehr dünnen und kurzen fadenförmigen Fortsätzen in entgegengesetzter Richtung, die unbestimmt, gleichsam abgebrochen endigen. Bemerkenswerthe Aehnlichkeit zeigte dieser Pilz mit gewissen verkümmerten Formen des sporenbildenden Milzbrandpilzes, wie man solche durch Züchtung desselben in ungünstigen Nährlösungen erlangen kann; auch aus den Heubacillen (Cohn) liessen sich wohl durch geeignete Ernährungsweise ähnliche Formen erzielen. Man dürfe übrigens nicht schliessen, dass der Pilz gerade in der hier beschriebenen Form schon in der Kopfhaut und Haarwurzel bei Area Celsi vorkommen müsse; die Erfahrung lehrt nämlich, dass alle Pilze und namentlich auch die pathogenen, so z. B. jener des Milzbrandes, ihre Formen etwas verändern, namentlich in guten Nährlösungen auch etwas grösser werden, als sie an ihrem ursprünglichen Vegetationsorte zu sein pflegen. Trotz der Uebereinstimmung, welche bei seinen Befunden sich zeigte, möchte B. jedoch, da die Methode keine untadelhafte ist, sich nicht getrauen, den beschriebenen Pilz als jenen der Area Celsi mit Sicherheit zu bezeichnen.

Endlich bespricht Vf. die Arbeit von Eichhorst (siehe oben), der unter 9 Fällen von Area Celsi einmal Pilzsporen an den erkrankten Haaren gefunden hat. Obwohl der Ansicht, dass durch das Vorhandensein der später näher beschriebenen Elemente der parasitäre Ursprung der Krankheit in diesem einen Falle bewiesen wird, verwahrt sich Eichhorst davor, die betreffende Erfahrung schematisch auf alle Fälle übertragen zu wollen.

Nach der mit aller Ausführlichkeit mitgetheilten Krankengeschichte unterliegt es nach dem Vf. keinem Zweifel, dass es sich in dem Falle von Eichhorst thatsächlich um Area Celsi gehandelt hat.

Da unter denen, welche bis in die neueste Zeit hinein sich für den mycotischen Ursprung der Area Celsi ausgesprochen haben, Tilbury Fox mit angeführt worden ist, so sucht Vf. den Nachweis zu liefern, dass die bezügliche Angabe auf einem Missverständnisse beruht. Die Tinea decalvans Tilbury Fox's sei nämlich keineswegs identisch mit der Area Celsi resp. Alopecia areata der deutschen Dermatologie. Dies gehe aus dem „Tinea decalvans" betitelten Journalartikel, sowie aus dem gleichnamigen Abschnitt der „Skin Diseases" unzweideutig hervor.

Auf die älteren Berichte über das Vorkommen von Pilzen endlich näher einzugehen, liege nach Pincus' klarer und sachlicher Kritik derselben keine Veranlassung vor. Es sei indess nicht überflüssig, festzustellen, dass die Ergebnisse der mikroskopischen Haaruntersuchung, wie sie sich aus der Darstellung Malassez', Buchner's und Eichhorst's ergeben, weder untereinander übereinstimmen, noch je für sich mit der Schilderung, die Gruby von seinem Mikrosporon Audouini entwirft.

Buchner nimmt das Vorhandensein von nicht ohne Weiteres erkennbaren, sondern erst nach Züchtung angetroffenen, zu den Schizomyceten gehörigen Organismen an. Malassez sowohl wie Eichhorst sahen nur Sporen, keine Mycelfäden; beide Autoren enthalten sich der botanischen Classification, aber während Malassez seine bei der „Pelade" gefundenen Sporen dem Mikrosporon furfur so unähnlich findet, dass er sie nicht einmal in derselben Gruppe mit diesem untergebracht wissen will, hält Eichhorst die seinigen — nach ihrem „haufenförmigen und gruppenweisen Auftreten, der annähernd gleichen Grösse der Sporen und dem Mangel an Mycelfäden" — für dem Mikrosporon furfur so ausserordentlich ähnlich, dass er mit grosser Wahrscheinlichkeit eine völlige Identität oder doch wenigstens eine nahe Verwandtschaft annehmen möchte.

Malassez' „Champignon de la Pelade" siedelt sich nur in den oberflächlichsten Schichten der Epidermis an; in den Haarfollikeln wird er total vermisst. Eichhorst's Pilzsporen werden ausschliesslich in den, den beiden oberen Dritteln des Follikels entsprechenden Partien angetroffen und zwar entwickeln sie sich vorwiegend zwischen Haar und innerer Wurzelscheide; von hier aus wandern nur vereinzelte zwischen die Epithelien der Wurzelscheiden nach aussen.

In rosenkranzartiger oder gruppenweiser Anordnung stellen sich sowohl nach Malassez' als nach Eichhorst's Zeichnungen mit Deut-

lichkeit Häuflein von höchstens 5—6 aneinandergereihten Sporen dar. Beide Autoren können über ein Eindringen von Pilzen in die Haarsubstanz selbst nicht berichten und ebensowenig über ein Vorkommen derselben in der Circumferenz des freien Haarschafts.

Gruby beschreibt das erkrankte Haar als umgeben von einer wahren Pilzscheide. Dieselbe überziehe den Haarschaft von der Mündung des Follikels an etwa 1—3 Mm. aufwärts und bestehe in ihrem inneren Theile aus Verzweigungen, die im Haargewebe entspringen, ferner aus sich zuweilen unter einem Winkel von 30—50 Grad gabelförmig theilenden Mycelfäden und endlich aus den, den äusseren Abschnitt der Pilzscheide bildenden Sporen.

Wenn man nun auf die klinische Seite der Frage eingeht, so kann nach dem Verf. kaum in Abrede gestellt werden, dass das Krankheitsbild der Area Celsi nicht unwesentliche Abweichungen von den, den anerkannten Dermatomykosen gemeinsamen Erscheinungen zeigt. Kein Hautjucken, keine Anhäufung losgelöster Epidermisschollen, keine Schorf-, Bläschen-, Pustel- oder gar Knotenbildung innerhalb des afficirten Hautbezirkes. — Unter der grossen Zahl der in der Literatur gesammelten Krankheitsfälle verschwindend wenige, deren Entstehungsursache allenfalls auf Ansteckung zurückgeführt werden könnte; nirgend ein Bericht über gelungene experimentelle Uebertragung.

Allmäliges Umsichgreifen, wie beim Herpes tonsurans allerdings, aber das Aussehen der Haut in den jüngsterkrankten peripherischen Partien nicht im geringsten differenzirbar von dem der ersterkrankten centralen Bezirke. Und nicht die erstentstandenen Flecke beginnen zuerst auch ihren Haarwuchs zu restituiren, sondern gleichzeitig meist erhalten alle kahlen Stellen ihre Bedeckung wieder (Hutchinson).

Ferner vermag die parasitäre Theorie die Thatsache nicht zu erklären, dass in einer ausserordentlich grossen Zahl von Fällen das Initialstadium der Krankheit von den heftigsten Kopfschmerzen begleitet wird; sowie die Beobachtung der mit Anbeginn des Leidens vorhandenen Blässe und Verdünnung der erkrankten Hautstellen.

Auch im Sinne der Spaltpilzhypothese (Buchner) bleiben die Krankheitserscheinungen der Area Celsi ohne alle Analogie.

Was endlich die Pilze des Falles von Eichhorst betrifft, so glaubt Verf., dass Eichhorst's Pilze dem Achorion Schoenleinii, dem Trichophyton tonsurans und auch dem Mikrosporon furfur keineswegs besonders ähnlich erscheinen. Was in specie das Mikrosporon

furfur anbetrifft, so liege eine greifbare Differenz des morphologischen Charakters beider Formen nicht allein in den, beim Mikrosporon furfur meist sehr reichlich vorhandenen Mycelien, sondern auch darin, dass jedes Microsporonpräparat eine grössere Zahl einzelner, sich gegen ihre Umgebung genau abgrenzender, aus je 30 und mehr Gliedern zusammensetzender rundlicher oder traubenartiger Conidienhaufen zeigt.

Während ausserdem Eichhorst von seinen Pilzsporen angibt, dass sie das Bismarckbraun nicht annehmen, imbibiren sich die Sporen des Mikrosporon furfur — wenn man Fragmente der an Pityriasis versicolor erkrankten Oberhaut genau nach Eichhorst's Methode präparirt hat — sehr schön mit dem genannten Farbstoff.

Für die Haaruntersuchung bei Area Celsi habe Verf. das von Eichhorst angegebene Verfahren vorläufig erst in zwei Fällen nutzbar machen können. Dass der Erfolg negativ war, beweist nichts, da ja Eichhorst unter 9 Fällen auch nur einmal Pilze entdeckte.

Wer mit Eichhorst's Präparationsmethode nachuntersuchen will, möge übrigens beachten, dass Weigert, welcher zuerst das Bismarckbraun in die mikroskopische Technik eingeführt hat, Cautelen angibt, um die in der wässrigen Lösung „leicht erfolgende Schimmelbildung zu erschweren“. Uebrigens sei seiner Zeit auch gegen Malassez vom Referenten der Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. der Einwand geltend gemacht worden, dass ein Zweifel an der „Pilznatur dieser „Sporen“ so lange erlaubt sei, als Mycelium und Ketten von Conidien nicht constatirt sind“, wie dies auch bei Eichhorst nicht geschehen ist. Auf anderem Blatte aber stehe die Frage, ob die von Eichhorst unter 9 Fällen von Area Celsi nur einmal und hier auch nur an wenigen Haaren gesehenen Pilzsporen die Aufstellung einer besonderen Form von Area Celsi, einer solchen „mit parasitärem Ursprung“ gestatten oder aber, ob die beobachtete Pilzwucherung als eine ausnahmsweise und rein zufällige zu betrachten ist.

Für die letztere Alternative scheine, ausser dem oben erörterten klinischen Verhalten der Area Celsi die eigenthümliche, von Eichhorst geschilderte Localisation der Sporen zu sprechen. Es sei sehr auffällig, wenn eine Vegetation, deren räumliche Verbreitung sonst ausschliesslich von der Beschaffenheit des vorgefundenen Nährbodens abhängig ist, immer nur einen bestimmten Theil des Follikels occupirt und nicht auch in die benachbarten Bezirke hineinwächst, welche sich aus

denselben Gewebselementen constituiren und somit ganz die gleichen Ernährungsbedingungen darbieten.

All' diese Erwägungen führen den Verf. zu der Schlussfolgerung, dass durch die neuen ebensowenig, wie durch die einschlägigen älteren Beobachtungen eine ätiologische Beziehung pflanzlicher Parasiten zur Area Celsi erwiesen sei.

Die Behandlung, welche Vidal (42) seit Jahren gegen Alopecia areata einhält, ist Folgende:

Alle 2 Tage Abrasiren der Haare der erkrankten Stelle der Kopfhaut, auf welche hierauf ein Blasenpflaster gelegt wird. Man nimmt es ab, sobald sich die Epidermis abzuheben beginnt, und legt nach 2 Tagen ein neues Pflaster auf. Schon nach 2—3maliger Application des Pflasters soll das Leiden nicht weiter schreiten. Dieses Verfahren wird so lange fortgesetzt, bis ein kräftiges Haar hervorzuspriessen beginnt. Ist dieses Ziel erreicht, so wird Cantharidentinctur des Morgens und Abends mit einer Zahnbürste in die betreffende Hautpartie eingerieben. Nebenbei erweisen sich auch Waschungen mit Dct. fol. jugl. nebst Rum und Liquor Ammon. caustici vortheilhaft.

Hat die Affection ihren Sitz an der Stelle des Barthaares, so genügt neben dem täglichen Abrasiren desselben die Application der Tinct. Cantharidum in Verbindung mit den erwähnten Waschungen.

Während andere Kurmethoden einen Zeitraum von 6—8 Mon. in Anspruch nehmen, hat Vidal mit der beschriebenen bei über 100 Kranken durchschnittlich in 3—4 Monaten, ja oft noch früher, Heilung erzielt.

Unter Alopecie versteht Fournier (43) eine Krankheit der Haarpapillen, in deren Folge die Haare der verschiedenen Körpergegenden, besonders des Kopfes, ausfallen; meist wachsen keine neuen nach und daher entsteht Kahlheit.

Sie wird herbeigeführt durch Geschwürsbildung der behaarten Kopfhaut oder gewisse mehr oberflächliche Affectionen derselben, wie Erysipelas, Eczem, Pityriasis etc., oder endlich Parasiten, welche dort nisten. Ausserdem gibt es noch Formen der Alopecie, welche nicht mit einer Affection der behaarten Kopfhaut an sich zusammenhängen. Hieher gehört:

Die senile Alopecie, welche sich im mittleren Lebensalter, gegen das 35. bis 40. Lebensjahr, einzustellen pflegt. An diese Form

schliesst sich die frühzeitig senile, welche um das 25. bis 30. Lebensjahr, zuweilen sogar noch früher, erscheint und in erster Reihe der Gicht, sodann allen schwächenden, lange Zeit hindurch einwirkenden Potenzen, sowie noch unbekannten Ursachen, z. B. bei ganz gesunden und unter günstigen hygienischen Verhältnissen lebenden Individuen zugeschrieben werden muss.

Beide Formen unterscheiden sich von den übrigen durch das langsame, Jahre lang andauernde Fortschreiten, durch das Beschränktbleiben auf den Scheitel und auf die vordere und obere Partie des Schädels, sowie durch die Symmetrie, welche dieselben beobachten, insofern sie auch nicht um einen Centimeter auf der einen Kopfhälfte weiter als auf der anderen vorschreiten.

Ferner jene Alopecie, welche nach Ablauf gewisser Krankheiten, vorzugsweise Scarlatina, Erysipelas, gastrische und nervöse Fieber und Lungenentzündung, ja selbst nach ganz regelmässig verlaufenen Wochenbetten auftritt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich sehr rasch entwickelt, alle behaarten Stellen ergreift, niemals complete Kahlheit hervorruft, und dass nach einiger Zeit ein neuer Haarwuchs sich einstellt. Hier hat man es zweifellos mit einer Nutritionsstörung des ganzen Körpers und somit auch der Haarpapillen zu thun.

Die cachectische Alopecie entspringt aus allen Krankheitsprocessen, welche den Organismus in hohem Grade schädigen. Sie befällt alle Stellen, wo Haare wachsen, nachdem dieselben vorher ein glanzloses Aussehen angenommen haben.

Auch Syphilis erzeugt bekanntlich öfter Alopecie, und zwar entweder allgemein oder local, regelmässig einige Monate nach der Infection, selten später, und nur dann, wenn die Behandlung keine merkurielle war (? A.). Sie kann zwar alle Syphilisformen begleiten, jedoch besonders diejenigen, welche vorzugsweise eine Abschwächung des Körpers zur Folge haben. Auch befolgt das Defluvium capillitii hier keine bestimmte Regel, da sich bald die Haare nur lichten, bald einzelne kahle Stellen entstehen, bald ein vollständiger Verlust der Haare stattfindet. Vor diesen Vorgängen verlieren dieselben ihren Glanz. Die ausgefallenen Haare ersetzen sich nach einigen Monaten durch neue. Was die Behandlung dieses Symptoms der Syphilis anlangt, so nützen äusserliche Mittel gar nichts. Dagegen leisten die Quecksilberpräparate ganz vorzügliche Dienste, anstatt, wie man geglaubt hat, den Haarverlust zu bedingen.

Fournier unterscheidet ferner zwei Formen von Alopecia areata. Bei der ersten macht sich eine kahle Stelle bemerkbar, welche im Verlaufe von 8—14 Tagen excentrisch so weit vorschreitet, dass sie die Grösse eines Thalerstückes und selbst einer Vola manus erreicht. Kommen mehrere solche Stellen vor, so nehmen dieselben, wenn sie sich berühren, eine ovale Gestalt an. Viel seltener dagegen findet der Haarschwund in der Weise statt, dass sich längere, schmale kahle Streifen bilden.

Auf 6 derartige Krankheitsfälle kommen (Lailler) 5 vollständige Genesungen. Obgleich die Affection kein Lebensalter und kein Geschlecht verschont, so befällt sie doch mit Vorliebe jüngere Individuen.

Verf. glaubt nicht, dass ein Pilz die Ursache der Alopecia ar. sei, vielmehr sei eine Innervationsstörung die nächste Ursache. Hierfür sprechende Momente seien namentlich der rasche Eintritt, sowie das ebenso geartete Ende dieser Form von Alopecia, eine Erscheinung, welche bekanntlich den Neuralgien zukommt, ferner die grosse Disposition der mit neuropathischer Anlage behafteten Individuen zu der in Rede stehenden Haarkrankheit, das nicht seltene Vorkommen von durch vasomotorische Störungen verursachten anämischen Hautstellen, endlich der Umstand, dass gewisse Nervenleiden, selbst schon Gemüthsaffecte ein Ausgehen der Haare zur Folge haben. Auch die mikroskopische Untersuchung weist eine Atrophie des Haares und seines Bulbus nach.

Verf. empfiehlt, die kahlen Stellen und deren nächste Umgebung alle 3—4 Tage zu rasiren und dann irgend eine die Haut reizende Flüssigkeit einzureiben. In hartnäckigen Fällen empfiehlt er das von Vidal angegebene Verfahren (siehe oben).

44. **Rouquayrol.** Ueber die Behandlung der Tinea tonsurans. (Thèse de Paris 1879.)

45. **Alder Smith.** Ueber disseminirten Ringworm (Herpes tonsurans). (Lancet 10, 24, 31. Jänner 1880.)

46. **Cottle.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda 27. März 1880.)

47. **Jamieson.** Sykosis parasitaria. (Lancet II. 11, 1879. — Allg. med. Central-Ztg. Nr. 28, 1880.)

Zur Behandlung des Herpes tonsurans empfiehlt Rouquayrol (44) die Anwendung des Crotonöls nach Ladreit de Lacharrière (s. d. Vierteljahrschr. 1877 pag. 284) und Cadet de Gassicourt. Die Einreibung besteht aus einer Mischung von Cacaobutter, weissem Wachs und 50 % Crotonöl. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war in den Fällen der Autoren 3 Monate. Unmittelbar nach der Application entsteht ein Bläscheneczem mit Schwellung der Kopfhaut. (Medicina crudelis. A.)

A. Smith beschreibt eine disseminirte Variation des Herpes tonsurans (45) mit zahlreichen, vielleicht nach Plaques zurückgebliebenen Pilzwucherungen in den Haarscheiden unter einer oft reichlichen Behaarung (? A.). Verf. besteht darauf, dass auch wenn in grösseren Haaren keine Pilze mehr sich finden, deren Vegetation in kurzen Haarstümpfchen noch fortdauern könne. Was die Behandlung betrifft, empfiehlt der Verf. eine Mischung von Glycerin und Carbolsäure (3, 2 oder 1 : 1) — selbst mehrere Male täglich. In mehr chronischen Fällen ist Quecksilberoleat (5—10 %) und in frischen Fällen der gewöhnlichen Form eine Salbe von Carbolsäure, Ung. citrinum und Schwefelsalbe zu gleichen Theilen von Nutzen, bisweilen auch die Coster'sche Paste (1 Theil Jod, 2 Theile Ol. cadinum) oder Essigsäure local. Dagegen spricht er sich gegen die Chrysophansäure aus. Wenn alles versagt, jedoch die Affection localisirt verblieben ist, bringt der Verf. durch Crotonöl oder Autenrieth'sche Salbe oder eine Chlorantimonpaste ein künstliches Kerion hervor (! A.), welches dann mit Umschlägen und Epilation heilt. Tonica und Luftveränderung bilden den Schlussstein des grossen therapeutischen Bauwerkes.

Cottle (46) schliesst sich im Ganzen diesen Anschauungen an. Er wendet mit Vorliebe Salicylsäure in Alkohol gelöst (1 : 16) 3 Mal täglich bei frischen Fällen an. In hartnäckigeren Fällen touchirt er einzelne Stellen mit Phenyl- oder Essigsäure. In chronischen Fällen Crotonliniment (Ph. Angl.), ohne jedoch tiefergreifende Entzündung wie Smith hervorrufen zu wollen.

Die in England und Deutschland seltene, in Frankreich häufiger vorkommende Sykosis parasitaria wurde von Jamieson (47) in letzter Zeit zu wiederholten Malen in Schottland beobachtet. Die Fälle waren folgende:

Fall I. Ein Mann von 24 Jahren mit vollem Kopfhaar, Schnurr- und Backenbart, hatte sich in Peebles, wo viele Kinder am Kopfgrinde litten, bei einem Barbier rasiren lassen. Einige Wochen darauf fühlte er Jucken am Kinn und bemerkte daselbst röthliche Knötchen, welche sich nach und nach vermehrten. Es gelangte bald darauf zu seiner Kenntniss, dass noch andere, von demselben Barbier rasirte Herren von derselben Affection befallen waren; ungewiss blieb jedoch, ob der Barbier sein Messer bei den hautkranken Patienten schon angewendet hatte. Am Kinn sah Verf. hie und da rothe Flecken, untermischt mit weissen, kleieartigen Schuppen und kleinen Pusteln, durch welche Haare hindurchtraten. Nach Anwendung von Essigsäure wurden die Barthaare ausgezogen und in Kalilauge erweicht. Bei mikroskopischer Untersuchung fanden sich Mycelien von Trichophyton tonsurans vor, die sich frei auf dem Haar bis zur Haarwurzel hinab verzweigten. — Dieser leichte Fall gelangte dadurch zur Heilung, dass täglich das Kinn rasirt, dann mit verdünnter Schwefelsäure gewaschen wurde. Die darauf erfolgte Hautanschwellung verlor sich nach Kataplasmen, so wie Anwendung von Zinksalbe, und es trat dann vollkommene Genesung ein.

In einem 2. Fall war ein Mann von einem Barbier am Kinn geschnitten worden, und hatten sich von dieser Stelle aus die Bartfinnen entwickelt, vermuthlich, da der Barbier ein Stück Watte auf die Wundfläche gelegt hatte. Ausziehen der Haare, in denen sich gleichfalls Mycelien von Trichophyton tonsurans vorfanden, sowie Anwendung von Hebra'scher Salbe brachte auch diesen Fall zur Heilung.

Der 3. Fall wurde auch durch Barbieren veranlasst. Kurz nach dem Rasiren bemerkte ein 24jähriger Mann, dessen Haut bisher ganz gesund war, ein Jucken am Kinn, eine Entzündung der Haut, Bläschenbildung, Abschuppung. Der Barbier versicherte, keinen Hautkranken rasirt zu haben, und der Kranke, dass kein Hund in seiner Umgebung sich befand. Mit der Zeit bildeten sich eiterhaltige Pusteln, die Haare fielen theilweise aus und enthielten zahlreiche Mycelien von Trichophyton, theilweise wurden sie entfernt, darauf eine Salbe von Vaselin und thymolsaurem Blei angewendet, worauf Genesung sich einstellte.

Je kürzer das Barthaar gehalten, je strenger auf Epilation und Reinlichkeit gesehen wird, desto milder tritt das Leiden auf und desto schneller heilt dasselbe. Sonst wird es hartnäckig und bereitet dem

Kranken viel Unbequemlichkeit. Als Entstehungsursache bezeichnet Verf. nicht die Ansteckung durch Thiere, sondern die Pinsel der Barbiere, welche selten gereinigt werden und mittelst der Seife die Sporen der Parasiten weiter verpflanzen, während die Rasirmesser zur Verbreitung der Krankheit keineswegs beitragen. (Diese Ansicht hat Ref. früher schon ausgesprochen. A.)

Syphilis.

1. **Grünfeld.** Weitere Beiträge zur endoskopischen Untersuchung des Samenhügels. (Wiener med. Blätter, Nr. 10, 11, 12 und 13, 1880.)
2. **Weinberg.** Beitrag zur endoskopischen Untersuchung der Harnröhre. (Wiener med. Bl. Nr. 5, 1880.)
3. **Oberlaender.** Die Nitze-Leiter'schen urethro- und cystoscopischen Instrumente und ihre Anwendungsweise. (Berliner klin. Wochensch. Nr. 48, 1879.)
4. **Thompson.** Vorlesung über die Diagnose chirurgischer Erkrankungen der Harnorgane besonders in Bezug auf den Gebrauch des Nitze-Leiter'schen Endoskops. (Lancet Bd. II. Nr. 23, 1879.)
5. **Dittel.** Berichtigung in Angelegenheit des Nitze-Leiter-schen endoskopischen Apparates. (Wiener med. Wochensch. Nr. 46, 1879.)
6. **Auspitz.** Desgleichen, ebenda Nr. 47, 1879.
7. **Leiter.** Beschreibung und Instruction zur Handhabung der von Dr. M. Nitze und J. Leiter construirten Instrumente und Apparate zur directen Beleuchtung menschlicher Körperhöhlen durch elektrisches Glühlicht. (Wien 1880.)

Grünfeld veröffentlicht (1) weitere Angaben über die endoskopische Aufsuchung des Samenhügels. Dieselben enthalten im Wesentlichen dieselben Ausführungen, welche wir in dieser Vierteljahrsschrift (pag. 413, 2. und 3. Heft, 1878) auszugsweise wiedergegeben haben. Aus dem vorliegenden Aufsatze heben wir nur hervor, dass der Verf. angibt, den Samenhügel bei der Untersuchung von

vorn nach rückwärts mit einem geraden Tubus von grösserem Caliber (Hartkautschuk ohne Conductor) leichter als mit metallischen und gekrümmten Tuben einstellen zu können (was die ohnedies längst erkannte Unzweckmässigkeit und Ueberflüssigkeit aller gekrümmten Grünfeld'schen Endoskope neuerdings beleuchtet. A.).

Ueber die pathologischen Verhältnisse des Colliculus seminalis und seiner Umgebung gibt der Verf. an, dass Abweichungen in der geschilderten Beschaffenheit der Oberfläche des Colliculus seminalis den Ausdruck einer Erkrankung im Samenapparate bilden. So finde man in einzelnen Fällen den Colliculus in seiner ganzen Ausdehnung dunkelroth, sogar blauroth, also von derart saturirter Farbe, dass die sonst dunklere Schleimhaut der oberen Harnröhrenwand im Vergleiche zum Colliculus lichter gefärbt erscheint. Dass unter solchen Umständen die Oberfläche prall gespannt wird, sei wohl begreiflich. Ein solches Krankheitsbild fand er wiederholt bei profusen Spermatorrhoen, bei Pollutionen oder Abgang von Samen bei Defäcation etc. Ob diese Veränderung von der Urethra selbst ihren Ausgangspunkt nahm, oder ob selbe secundär nach einer Erkrankung der Samenbläschen auftrat, lasse sich vorläufig nicht entscheiden. Immerhin mag der mit dem Endoskop constatirte hyperämische oder katarrhalisch-entzündliche Zustand auf die subjectiven Erscheinungen nicht ohne Einfluss sein.

Was die Besichtigung des Ductus prostaticus betrifft, scheint dieselbe dem Verf. nicht gelungen zu sein, sicherlich nicht ihre Sondirung. Viel leichter dagegen erscheint dem Verf. die Wahrnehmung der Mündungen der Ductus ejaculat. An jener centralen, durch Locomotion des Tubus leicht eruirbaren Stelle, wo die Mündung der Ausführungsgänge der Samenbläschen sitzt, hat nämlich der Samenhügel eine unregelmässig höckerige Oberfläche, die durch das Auftreten einer grossen Anzahl regellos angeordneter, nicht in einem Niveau gelegener Reflexfiguren (Pünktchen, Ringe, Flächen etc.) sich bemerkbar macht. Bei einem mit dem unteren Tubusrande ausgeübten entsprechenden Drucke können die Mündungen auch klaffend gemacht und in dieser Form beobachtet werden, eine Erscheinung, die einige Mal zufällig auftrat, deren Darstellung aber in anderen Fällen constant misslang. Dass der Untersuchende es bei einem so beschaffenen endoskopischen Bilde thatsächlich mit einem Sinus oder der Mündung eines Canals zu thun hatte, erwies die versuchsweise und „mit nothwendiger Schonung ausgeführte“ Einführung einer Sonde, die auf etwa

3 Millimeter sich vorschieben liess. Der Vf. fügt hinzu, dass „begreiflicherweise die Erfahrung über den eventuellen Effect eines derartigen Experiments fehlt, weshalb dieses nur behufs Constatirung der factisch erfolgten Wahrnehmung der Mündungen geübt wurde. Eine Schonung dieser Theile war um so dringender, als die diesfällige Untersuchung zumeist Individuen betraf, die mit der Erkrankung des Samenapparates behaftet waren."

Eine Bestätigung der richtigen Deutung der von dem Verf. in dem tieferen Theile der Harnröhre beobachteten endoskopischen Bilder fand er bei der Untersuchung an der Leiche, welche jedoch trotz vielfacher Versuche erst dann gelang, als die jedesmalige Einstellung jenes Sehobjectes am Lebenden ohne Schwierigkeit effectuirt werden konnte.

Ein neues Instrumentarium für die endoskopische Untersuchung der Harnröhre hat Weinberg (2) bekannt gemacht. Es enthält einfache gerade Endoskope verschiedenen Kalibers aus Hartkautschuk ohne Conductoren und einige aus demselben Material angefertigte „Dilatatorien".

Was zuerst die Endoskope betrifft, sind sie gerade Instrumente mit grossem Trichter, mit gerade abgeschnittenem Visceralende ohne die Steurer'sche Scheibe und ohne Conductor. Der Erfinder behauptet, dass ihre Einführung trotz des fehlenden Conductors von vorn nach hinten ohne die geringste Schwierigkeit, ohne Blutung u. s. w. erfolge, während dagegen bei allen aus Metall angefertigten Endoskopen angeblich trotz grösster Uebung und zartester und aufmerksamster Handhabung derselben leicht Verletzungen und daher auch leicht Blutungen der Harnröhrenschleimhaut herbeigeführt werden sollen.

Das Dilatatorium ist ein abgerundeter, sich nach unten verjüngender 4 Ctm. langer Hartkautschuk-Stift mit einer $2^1/_2$ Ctm. grossen Scheibe am oberen Rande. Es hat den Zweck, vor Einführung des Spiegels ein verengtes Orificium auszudehnen, was angeblich mit drei Kalibern (12—16, 16—20 und 20—24 der Filière von Charrière) jedesmal gelingen soll.

Zum Reinigen der Harnröhre endlich benützt der Vf. 20—25 Ctm. lange, dünne, abgerundete Holzstäbchen, deren Enden mit Bruns'scher Watte umwickelt werden.

Ueber diese „neuen" Instrumente hat Ref. Folgendes zu bemerken:

1. Alles, was der Vf. über die Verletzungen u. dgl. bei Anwendung metallischer Tuben mit Conductor und Scheibe nach Steurer oder Auspitz behauptet, ist unrichtig. Wer damit umgehen kann, verletzt nie die Harnröhrenschleimhaut.

2. Gegen das Einführen von Endoskopen aus Hartkautschuk, wenn sie gut verfertigt sind, anstatt der metallischen ist nichts einzuwenden. Wohl aber muss darauf hingewiesen werden, dass dadurch

3. auf den Gewinn verzichtet wird, welcher aus innen polirten, hellen Tuben für die Lichtstärke resultirt, wie dies Ref. seiner Zeit demonstrirt hat.

4. Das Einführen solcher Tuben ohne Conductor ist ebenso wie das Untersuchen von vorn nach rückwärts unter allen Umständen zu verwerfen, weil es stets unnütz ist, aber möglicher Weise gefährlich werden kann. Die Begründung für diese Behauptung ist für jeden Endoskopiker, der mit solchen Tuben ohne Conductor Versuche angestellt hat, vollkommen überflüssig. Ref. zweifelt auch gar nicht daran, dass der Erfinder selbst heute schon seine Hartkautschuk-Tuben stets mit Conductoren armirt.

5. Die „Dilatatorien“ sind ganz überflüssig, weil man eine geringe Erweiterung vor Einführung des Tubus durch die Olive des früher herausgenommenen Conductors bewerkstelligen kann, freilich nur eine sehr geringfügige Dilatation, aber gerade so viel oder so wenig als durch die ganz überflüssigen und werthlosen „Dilatatorien“ verschiedenen Kalibers nach Weinberg.

6. Die Holztampons sind für die Pars pendula urethrae ganz gut verwendbar; es muss aber erfahrungsgemäss von ihrer Verwendung bei Untersuchungen der Pars membranacea und prostatica abgerathen werden, da die Holzstäbe leicht abbrechen und die Tampons in der Harnröhre bleiben, und vor Fortsetzung der Untersuchung herausbefördert werden müssen.

Die Nitze-Leiter'schen Apparate zur Untersuchung von Körperhöhlen, über deren Construction wir (d. Vtljhrschr. 2. u. 3. Heft pag. 407, 1879) berichtet haben, sind noch immer Gegenstand der Prüfung und der widersprechendsten Urtheile. In diesen Blättern ist eine ausführliche Schilderung dieser interessanten Apparate nach der Darstellung des Erfinders selbst gegeben worden. Eine wesentliche Ergänzung in Bezug auf die constructiven Details und die seither

hinzugekommenen neuen Vorrichtungen gibt die vom Mechaniker Leiter veröffentlichte, mit zahlreichen Illustrationen versehene Beschreibung (7). Für unser specielles Fach sind jedoch in erster Reihe die Urethroskope von Belang, und sie waren es ausschliesslich, über deren Brauchbarkeit im oben erwähnten Referate ein ungünstiges Urtheil abgegeben werden musste. Dieses Referat hat nun zu allerlei polemischen Schriften (3, 5, 6) Anlass gegeben, auf welche hier nicht näher eingegangen werden soll. Nur muss gegenüber der Aeusserung eines Referenten des chir. Centralbl. (Nr. 16, 1880) die Bemerkung gemacht werden, dass die von ihm in geheimnissvollem Tone angedeuteten „inneren Gründe angeblicher Wiener Verhältnisse", welche die Polemik insbesondere zwischen Dittel einerseits und Auspitz andererseits verschuldet haben sollen, für die wissenschaftliche Meinung dieser Vierteljahrschrift ebensowenig existiren, als eine Berechtigung des Referenten des chirurg. Centralblattes zu einer etwa die Unbefangenheit unseres Fachblattes verdächtigenden Aeusserung.

Was die Sache selbst aber betrifft, muss hier hervorgehoben werden, dass die Einwürfe, welche an dieser Stelle und in der darauf gefolgten Polemik gegen das elektro-hydratische Verfahren bei der Urethroskopie erhoben wurden, bisher nicht widerlegt worden sind. Zwei Bemerkungen muss der Ref. im Gegentheil hinzufügen oder stärker betonen:

1. Ausser allen anderen an dieser Stelle früher angeführten Momenten ist hervorzuheben, dass ein Reinigen des Gesichtsfeldes, wie dies bei der endoskopischen Urethraluntersuchung in sehr kurzen Zwischenräumen unbedingt erforderlich ist, bei dem Nitze'schen Urethroskop nicht etwa schwierig, sondern in der erforderlichen Weise geradezu unausführbar ist.

2. Dass die Urethroskopie in der Regel nicht zum Zweck haben kann, Harnröhrenpolypen oder etwa das Caput gallinaginis zu demonstriren — sondern dass ihr Hauptwerth in der Möglichkeit systematischer Prüfung der Schleimhautoberfläche in der ganzen Harnröhre — insbesondere in Bezug auf chronische Schwellungen und beginnende Hypertrophien (weiche Stricturen, als Vorstadium der narbigen) gelegen sein müsse.

Von diesem Standpunkte aus muss weiter behauptet werden, dass eine Untersuchung mit directem grellem elektrischem Lichte, wie bei Nitze, der Beobachtung im reflectirten Lichte, womit das Studium

der sich bildenden Lichtreflexe nothwendig verbunden ist, entschieden das Feld räumen muss. Die Gründe hiefür ergeben sich jedem Untersucher, der Gelegenheit hatte, die Sache ernst und lange genug zu betreiben, von selbst; wer anders urtheilt — für die Urethralschleimhaut, nicht für die Blase — der wird nachträglich sicher in die Lage kommen, sein früheres Urtheil cassiren zu müssen. Was Sir Henry Thompson (4) betrifft, so geht dessen Meinung dahin, dass bei aller Bewunderung für die technischen Vorzüge der Apparate und bei dem Zugeständniss der Nützlichkeit des Kystokops für gewisse Blasenaffectionen der Werth des elektrischen Urethroskops gleich Null sei. A.)

8. **Reliquet.** Ueber Samenkolik. (Gaz. des Hôp. 112, 115. 1879.)
9. **Emil Neumann.** Heilung der Spermatorrhöe durch den constanten Strom. (Gaz. de Par. 34. 1879.)
10. **Haslund.** Gonorrhoischer Rheumatismus und Pyarthrus gonorrhoicus. (Ugeskr. f. Läger 4. R. I. 1. 2. 1880. — Schmidt's Jahrb., Bd. 185, Nr. 1, 1880.)

Reliquet (8) hat schon im J. 1874 einen Fall von Samenkolik veröffentlicht (siehe diese Vierteljahrsschrift, pag. 506, 1876). Nun fügt er zwei weitere Fälle hinzu:

1. Ein Mann von 55 Jahren litt seit 6 Jahren derart an Harnbeschwerden, dass er unter den grössten Schmerzen wenigstens alle Stunden uriniren musste. Da diese sich auch bei dem Coitus geltend machten, so wurde sogleich von jedem geschlechtlichen Verkehre Abstand genommen. Im September 1873 erschien plötzlich nach sehr angestrengtem Gehen ein äusserst heftiger Harndrang und bei Befriedigung desselben ein Ausfluss einer wie Same aussehenden Flüssigkeit aus der Harnröhre mit darauf folgendem, aber bald wieder nachlassendem Schmerze in derselben. Endlich kam es zwei Jahre später zu zeitweiliger Hämaturie und damit zu, vom After nach der Glans penis ausstrahlenden, andauernden Schmerzen, welche noch zugegen waren, als, nachdem die verschiedensten Aerzte resultatlos um Rath gefragt worden waren, der Kranke am 15. August 1878 die Hilfe des Verfassers in Anspruch nahm.

Bei der Untersuchung ergab sich vermittelst einer in die Blase geführten dicken Bougie eine sehr beträchtliche Erhebung der unteren

Hälfte des Collum vesicae über das Trigonum Lieutaudii und vermittelst des in das Rectum gebrachten rechten Zeigefingers eine deutlich wahrnehmbare Vergrösserung des rechten Samenbläschens, welches, mit dem Finger gegen die Bougie gedrückt, weicher und kleiner wurde. Ausserdem hafteten an letzterer, nachdem sie aus der Blase gezogen worden war, halb weiche, weissliche Massen. Kataplasmen auf den Unterleib, Abends zuerst ein ausleerendes und hierauf ein aus 1 Grm. Chloralhydrat und 100 Grm. Wasser bereitetes Klystier.

Die an der ausgezogenen Bougie haftenden Massen erwiesen sich als kleine Conglomerate von Spermatozoen und eingedicktem Schleim.

Es konnte sonach nicht zweifelhaft sein, dass es sich um eine dadurch bedingte Verstopfung des rechten Ductus ejaculatorius (der Fall vom Jahre 1874 hatte den linken betroffen. A.), Retention des Sperma in dem gleichseitigen Samenbläschen und Ausdehnung desselben handelte.

Am 16. August war zwar die Harnentleerung noch eben so häufig als früher, jedoch nicht mehr so schmerzhaft.

In der Nacht vom 16. auf den 17. August trat, nachdem der Kranke zum ersten Male seit langer Zeit 4 Stunden hintereinander geschlafen hatte, complete Harnverhaltung auf, weshalb der Katheter applicirt werden musste. Darauf konnte Verf. 300 Grm. lauwarmes Wasser in die Blase spritzen, ein Zeichen, dass sich dieselbe schon bedeutend erweitert hatte, da sie vor zwei Tagen nur 80 Grm. zu fassen vermochte. Am folgenden Tage ging die Urinentleerung zwar wieder auf natürlichem Wege, jedoch ungenügend von Statten, weshalb nach jeder Harnentleerung der Katheter applicirt wurde. Dieses Verfahren, wobei sich noch je 250 Grm. Urin entleerten, gewährte den Vortheil, dass erst nach 4 Stunden sich das Bedürfniss zum Harnlassen einstellte, während dies stündlich geschah ohne Einführung des Instruments in die Blase.

Am 20. August bestand die Verordnung in reichlichem Trinken kalt bereiteten Leinsamenthees. Da an diesem Tage am Ende einer jeden Harnentleerung grössere Mengen der aus Samenfäden und eingedicktem Schleim bestehenden Massen aus der Urethra abgingen, so wurde am 21. August wieder zur Untersuchung geschritten und dabei dasselbe Phänomen beim Druck mit dem Finger auf das rechte Samenbläschen, welches eine beträchtliche Verkleinerung erfahren hatte, wahrgenommen.

Am 27. August kehrten Dysurie und Strangurie wieder, jedenfalls in Folge eingetretener Stuhlverstopfung. Dabei enthielt der Urin viel Schleim. Zwei Gläser Bitterwasser, mit reichlichem Getränk genommen, beschwichtigten die Reizbarkeit der Blase.

Bei der am 29. August vorgenommenen Untersuchung zeigte sich das genannte Samenbläschen von normaler Grösse und brachte Fingerdruck auf dasselbe normalen Samen am Orificium urethrae externum zum Vorschein. Desgleichen war beim Coitus kein Schmerz mehr aufgetreten, dagegen blieb der Zustand der Harnblase derselbe, d. h. nach Katheterismus stellte sich das Bedürfniss zu uriniren alle 4 Stunden, ohne jenen stündlich, immer aber ohne Schmerzen ein. Derselbe Zustand war noch am 1. November vorhanden.

Nach der Ansicht des Verf. soll in diesem Falle durch die längere Zeit hindurch vermehrten Contractionen der Urethra dieselbe höher als das Trigonum Lieutaudii der Blase gestellt und dadurch eine vollständige Entleerung derselben unmöglich geworden sein (? A.). Da eine frühere Tripperinfection entschieden in Abrede gestellt wurde, sucht der Verf. die Veranlassung in der lange Zeit hindurch geübten Abstinenz vom Coitus (? A.).

2. Der folgende Fall lehrt nach dem Verf., dass starke Anfüllung der Samenbläschen mit ganz normalem Sperma Harnbeschwerden hervorrufen kann. Ein Mann von 50 Jahren, der sich stets einer vorzüglichen Gesundheit erfreute und dabei ein sehr üppiges Leben führte, klagte seit einiger Zeit über Dysurie, welche auch wohl zuweilen in zeitweise Strangurie ausartete. Auf Befragen theilte derselbe mit, dass er erst, nachdem der frühere regelmässige Geschlechtsverkehr seit zwei Jahren von ihm abgebrochen, von jenem Uebel heimgesucht sei, welches sich nach einer unfreiwilligen Samenergiessung auf 2—3 Tage bessere, sonst aber immer dasselbe bleibe.

Eine Untersuchung durch den Mastdarm ergab nur eine mässige Vergrösserung der nicht hart anzufühlenden Samenbläschen, aus denen der Fingerdruck am Orificium urethrae externum eine Flüssigkeit zum Vorschein brachte, welche sich, mit dem Mikroskop betrachtet, als ganz normales Sperma auswies.

In Rücksicht auf diesen Befund, sowie darauf, dass niemals Urethritis zugegen gewesen war, rieth Verf. einen regelmässigen geschlechtlichen Umgang an, worauf alsbald alle Störungen der Harnentleerung verschwanden.

Dieser Zustand, nach Verf. das erste Stadium der Samenkolik, befällt besonders häufig Männer, welche mit der Absicht umgehen, sich zu verheirathen, oder welche aus besonderen Gründen zum Cölibat verurtheilt sind. Im ersteren Falle zeigen sich ausser den Harnbeschwerden auch noch die Erscheinungen der sogenannten genitalen Hypochondrie, im letzteren aber treten viel schwerere Erkrankungen des Nervensystems hinzu.

Was schliesslich die Behandlung der Samenkolik betrifft, hebt der Verf. nochmals hervor, dass in leichteren Fällen für ein regelmässiges Functioniren der Geschlechtsorgane zu sorgen ist. Kommt aber eine wirkliche Obturation eines (oder beider) Samen-Ausspritzungsganges in Frage, so muss derselbe wieder wegsam gemacht werden, was Verf. dadurch zu bewerkstelligen sucht, dass er mit dem in das Rectum gebrachten rechten Zeigefinger den betreffenden Ductus ejaculatorius gegen eine dicke in der Urethra und Blase liegende Sonde andrückt. Im Uebrigen ist die symptomatische Behandlung durchzuführen.

Ueber folgenden Fall von Spermatorrhoe berichtet E. Neumann (9): Ein 30 Jahre alter Mann consultirte am 25. Nov. 1878 den Verf. wegen einer Spermatorrhöe, an welcher er seit ungefähr einem Jahre litt und welche, anfangs unbedeutend, bald dergestalt zunahm, dass sich die Samenergiessungen mehrere Male in der Nacht, am Tage bei der Defäcation und der Harnentleerung, ja zuweilen selbst bei der leisesten Berührung der Glans penis unter beständiger Abnahme der Erectionen und des Wollustkitzels einstellten. Der blasse und abgemagerte Kranke klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Gesichtsstörungen, Verdauungsbeschwerden und grosse Empfindlichkeit gegen das Licht. Als Ursache war Onanie zu betrachten.

Nachdem Kalium bromatum, Valeriana, Secale cornutum, sowie eine Kaltwasserkur erfolglos gebraucht worden waren, brachte Vf. den constanten Strom in der Weise in Anwendung, dass er täglich während 3—4 Min. den negativen Pol auf die Regio sacro-lumbalis und den positiven auf das Perinäum applicirte. Nach Verlauf von 3 Wochen hatten die Samenverluste am Tage aufgehört und nach eben so langer Zeit waren auch die nächtlichen bedeutend seltener geworden, weshalb von da ab nur 3 Sitzungen wöchentlich stattfanden. In den nächsten 18 Tagen erfolgte nur noch eine Pollution und nachdem der galva-

nische Strom im Ganzen 68mal applicirt worden war, hatte sich das Uebel ganz verloren.

Haslund berichtet (**10**) über 3 Fälle von **Pyarthrus gonorrhoicus**, die er als Reservearzt in der 4. Abtheilung des Communehospitals zu Kopenhagen zu beobachten Gelegenheit gehabt hat, und einen aus der 5. Abtheilung desselben Krankenhauses:

1. Ein 23 Jahre alter Knecht, der am 29. November 1875 aufgenommen wurde, hatte sich einen Tripper zugezogen mit kleinen indolenten Drüsengeschwülsten in den Leisten. Nach Injectionen, anfangs mit Argentum nitricum, später mit Zinc. sulph. hörte der eiterige Ausfluss binnen 3 Wochen auf, aber fliegende Schmerzen stellten sich in den Gliedern ein, die sich im Knie localisirten. Dabei war Fieber (Anfangs mit Temperatur von 38—39, später bis 40°) vorhanden und in dem angeschwollenen Knie liess sich Erguss nachweisen. Die Schmerzen im Knie wurden durch Vesicatore nur vorübergehend gemildert. Am 27. December (10 Tage nach dem Auftreten der Knieaffection) stieg die Temperatur auf 40°, Schmerzen in der ganzen rechten Unterextremität und Oedem vom Knie abwärts stellten sich ein; längs der V. poplitaea bestanden Empfindlichkeit und fühlbare Härte, 2 Tage später bestand auch Empfindlichkeit bei Druck längs der Vena femoralis über dem M. sartorius, die indessen nach einigen Tagen wieder abnahm. Als der Kranke am 3. Januar 1876 auf die chirurgische Abtheilung verlegt wurde, fand man, dass die Geschwulst die Kapsel einnahm, die stark gespannt war, mit Fluctuation zu beiden Seiten der Patella. Das Knie wurde gebeugt gehalten und konnte weder activ, noch passiv vollständig gestreckt werden, auch die Flexion war behindert, jede Bewegung war sehr schmerzhaft und besonders unter der Patella bestand starke Empfindlichkeit. Nach einer Probepunction unter antiseptischen Cautelen floss synoviaähnliche, coagulirende Flüssigkeit mit gelben Eiterflocken aus. Am 5. Januar wurden 2 seitliche Incisionen gemacht, die Kapsel fühlte sich an ihrer inneren Fläche glatt an, eine Affection des Knochens wurde nicht wahrgenommen. Am 12. Januar fand sich die Kapsel nach oben zu durchbrochen; nach Incision am untern Drittel des Schenkels nach innen zu floss Eiter aus. Am 22. Januar war der Eiter etwas übelriechend, durch die obersten Incisionsöffnungen fühlte man blossgelegten Knochen. Nun wurde die Amputation des Oberschenkels ausgeführt.

Die Genesung ging langsam von Statten, aber schliesslich erfolgte vollständige Heilung und der Operirte konnte bei guter Gesundheit und mit einem vollständig guten Amputationsstumpf entlassen werden. Bei Untersuchung des Knies nach der Amputation fand sich Eitersenkung, Abstossung von Knorpel und Usur der Gelenkenden, am unteren Viertel des Oberschenkels war stellenweise das Periost abgestossen und der Knochen rauh.

Phlebitis als Localisation oder Manifestation des gonorrhoischen Rheumatismus ist eine ziemlich seltene Affection; in dem mitgetheilten Falle begann die Entzündung gleich im Hauptstamme des Gliedes und zeigte Neigung, sich nach oben zu auszubreiten, während die kleineren Zweige nicht davon ergriffen gefunden wurden. Der Verlauf nach Einleitung der chirurgischen Behandlung scheint darauf hinzudeuten, dass es sich um mehr als einen gewöhnlichen Pyarthrus handelte.

2. Ein kräftiges Dienstmädchen von 21 Jahren hatte 3 Wochen vor ihrer am 2. August 1876 erfolgten Aufnahme Erysipel an beiden unteren Extremitäten bekommen und während des Verlaufes bildeten sich in beiden Leisten einige grössere Drüsengeschwülste, welche empfindlich wurden; dazu kam starker Ausfluss aus der Vagina. Die grösste Geschwulst, die sich in der rechten Leiste befand, war gespannt, etwas heiss und pastös anzufühlen, aber nirgends zeigte sie deutliche Fluctuation. An der Commissura posterior fanden sich mehrere unreine Geschwüre; an beiden Schienbeinen Abschürfungen; der Ausfluss aus der Vagina war schleimig-eiterig. Nach einer parenchymatösen Injection von Carbolsäurelösung in die grösste Drüsengeschwulst nahm die Empfindlichkeit derselben ab. Die Geschwüre an der hintern Commissur reinigten sich. Am 22. August begann die Kranke über Schmerzen in allen Extremitäten zu klagen, die sie theils in die Gelenke, theils in die Muskeln verlegte. Dabei bestand allgemeines Unwohlsein, Mangel an Esslust, Verstopfung; der Schlaf war gut, aber die Kranke schwitzte etwas, die Haut war nicht heiss. Am Schultergelenk und am Carpometacarpalgelenk des Daumens rechts bestand Empfindlichkeit gegen Druck, aber keine Geschwulst. Im Daumen nahm die Empfindlichkeit zu und bald zeigte sich auch Geschwulst an dem ergriffenen Gelenke und am Handgelenke; am letzteren schwand sie bald wieder, am ersteren blieb sie aber unverändert und dazu gesellten sich noch starke Schmerzen, die sich in den Vorderarm hinaufzogen, ohne dass sich indessen an demselben etwas Abnormes nachweisen

liess. Am 17. September fand man das 1. Carpometacarpalgelenk deutlich gelockert und Reiben der Gelenkflächen an einander. Der Schmerz liess nach, doch bestand die Geschwulst noch am 13. October und active und passive Bewegungen waren nur in geringer Ausdehnung möglich und schmerzhaft, abnorme Beweglichkeit in dem Gelenke oder Reiben der Gelenkflächen war aber nicht mehr vorhanden. Am 27. October waren Empfindlichkeit und Geschwulst fast verschwunden, aber die activen und passiven Bewegungen noch sehr eingeschränkt. Die Kranke wurde auf ihren Wunsch entlassen.

Dass in diesem Falle es sich ebenfalls um Pyarthrus handelte, kann nach den vorhandenen Symptomen kaum zweifelhaft erscheinen, wenn auch der Beweis durch die Punction fehlt. Die Beschaffenheit der Geschwulst und der Haut über derselben, der Schmerz, die Schlaffheit der Ligamente, das Reiben der Gelenkflächen gegen einander sprechen deutlich für das Vorhandensein einer purulenten Ansammlung, ebenso auch der weitere Verlauf bis zur Entlassung.

3. Ein 24 Jahre alter Seemann wurde am 1. September 1876 mit einem seit 4 Wochen bestehenden Tripper und einer durch periurethrale Infiltration bedingten Phlegmone im Perinäum aufgenommen. Die letztere breitete sich nach dem After zu aus, der reichliche purulente Ausfluss aus der Urethra bestand fort. Am 12. September hatte die vorher bedeutende Empfindlichkeit am Perinäum abgenommen, auch die Geschwulst nahm bald ab, dagegen stellte sich Geschwulst und Empfindlichkeit im rechten Handgelenk ein, mit Ansammlung im Gelenke; die Schmerzen waren sehr heftig und durch Morphiuminjectionen kaum zu beschwichtigen. Am 15. September war die Geschwulst stärker geworden und auch in der Vola manus Empfindlichkeit aufgetreten, am 19. September war auch das 1. Carpometacarpalgelenk empfindlich. Am 23. September war die Empfindlichkeit und Infiltration im Perinäum ganz geschwunden, die Schmerzen in der Hand waren zwar immer noch stark, nahmen aber im Laufe einiger Tage allmälig ab. Auch die Geschwulst nahm etwas ab, aber die Empfindlichkeit war noch sehr bedeutend, namentlich in den Carpometacarpalgelenken und im Handgelenke selbst, in dem man nun deutlich vermehrte Beweglichkeit und rauhes Reiben wahrnahm. Noch am 18. October hielt sich der Zustand unverändert, aber die Schmerzen hatten doch abgenommen. Von da an wurde der Kranke auf die chirurgische Abtheilung überführt, wo er mittelst Gypsverband, localer

Bäder und Massage behandelt wurde. Die Bewegungen in dem erkrankten Gelenke blieben auch noch nach der Entlassung sehr eingeschränkt. Das Fieber war nur mässig gewesen, nur einmal, am 29. September, hatte die Temperatur 39·7° C. erreicht.

Ob die Phlegmone im Perinäum ebenfalls als Manifestation der Infection zu betrachten ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden, H. ist aber geneigt, dies anzunehmen, weil die Gelenkaffection, die am 12. Tage nach der Aufnahme auftrat, sich nicht, wie in der Regel, unter den Erscheinungen des gonorrhoischen Rheumatismus zeigte, sondern ohne vorhergehendes Unwohlbefinden, ohne bedeutendes Fieber und ohne vorhergehende Schmerzen. Die Infiltration im Perinäum war vor der Aufnahme entstanden, als sich Pat. noch auf der Seereise befand, und die Angaben desselben über sein Allgemeinbefinden zu dieser Zeit waren sehr unbestimmt.

4. Der Fall, den Studsgaard an der 5. Abtheilung desselben Krankenhauses beobachtet hat, betraf einen am 20. Juli 1877 aufgenommenen Menschen von 19 Jahren, der sich 4 Wochen vor der Aufnahme einen Tripper zugezogen hatte; 14 Tage vor der Aufnahme trat Schmerz im linken Kniegelenk auf, mit rasch zunehmender bedeutender Schwellung. In den letzten Tagen vor der Aufnahme sollte der Ausfluss aufgehört haben. Die Bewegungen des bedeutend angeschwollenen Kniegelenks waren sehr eingeschränkt; der Pat. hielt es im rechten Winkel gebeugt und hatte keinen Schmerz bei ruhiger Lage; er klagte mitunter über Durst und Hitze, aber nicht über Kopfschmerz und rheumatische Schmerzen. Der Puls hatte 100 Schläge in der Minute, die Temperatur war am Tage nach der Aufnahme auf 39° gestiegen. Es wurde am 21. Juli die Punction des Knies ausgeführt und ein antiseptischer Verband angelegt. Nach der Punction flossen ungefähr 100 Grm. grünlicher, halb undurchsichtiger, flockiger Flüssigkeit aus, in der sich unter dem Mikroskope Eiterzellen zeigten. Nach der Punction nahmen die Schmerzen ab, aber bald steigerten sie sich wieder bedeutend und die Temperatur stieg; bei der Entfernung des Verbandes fand man die Punctionsöffnung verheilt, die Geschwulst wieder sehr bedeutend. Unter Chloroformnarkose des Kranken wurden am 24. Juli antiseptische Incisionen an der äussern und innern Seite des Gelenks gemacht, wobei sich eine grosse Menge seropurulenter Flüssigkeit entleerte. Darnach hörte der Schmerz auf und die Temperatur sank. Am 29. fand man beim Wechsel des Ver-

bandes nur unbedeutende Secretion, keine Ansammlung in der Gelenkkapsel, etwas Empfindlichkeit um die vordere Fläche der Tibiaepiphyse, keine Empfindlichkeit am Oberschenkel. Die Inguinaldrüsen waren in geringem Grade geschwollen, nicht empfindlich. Unter fortgesetzter antiseptischer Behandlung wurde allmälig fortschreitende Besserung erzielt, das Bein wurde ganz gut brauchbar, doch blieb eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit zurück.

11. **Ray**. Nervenaffection durch angeborene Phimose. (The med. Herald. Louisville. Vol. I. Nr. 11. 1880. — Centralbl. f. Chir. Nr. 27.)

12. **Zarewicz**. Die Differentialdiagnose der venerischen Geschwüre an den Geschlechtstheilen — vom klinischen Standpunkte. (Przegląd lekarski, Nr. 16—24, 1879.)

13. **Protopopow**. Ein Fall eines harten Schankers an der Oberlippe. (Wratsch 1880, Nr. 8. — Centralb. f. Chir. Nr. 30, 1880.)

14. **Pisarewski**. Die niederen Organismen des harten Schankers. Aus dem pathol.-anatom. Institute des Prof. Krülow in Charkow. (Wratsch Nr. 18 u. 19, 1880. — Centralbl. f. Chirurgie Nr. 32, 1880.)

15. **Trägardh**. Ueber Bubonen, besonders die sogenannten virulenten. (Hosp.-Tidende 2. R. VI. 53. 1879. — Schmidt's Jahrb. 184. 2, 1879.)

16. **Otis**. Calciumsulfid gegen virulente Bubonen. (The New-York medic. Journ. 5. 1880.)

Ray (**11**) handelt über die sehr interessanten Reflexerscheinungen von Seite des Nervensystems bei schweren congenitalen Phimosen, anschliessend an einen von Sayre beschriebenen Fall, zu welchem derselbe von J. Marion Sims citirt wurde. Bei einem blassen und zarten Knaben von 5 Jahren, der weder gehen noch aufrecht stehen konnte, sollte wegen Contracturen beider Kniegelenke in Winkeln von 45° die Tenotomie der Kniekehlenmuskulatur gemacht werden. Sayre fand aber, dass er, sobald er die Aufmerksamkeit des Knaben ablenkte, dessen beide Beine ohne Anstrengung normal zu strecken im Stande war, diese jedoch beim Nachlassen des Zuges aus der gestreckten Lage sofort wieder in ihre alte Stellung zurückkehrten. Er diagnosticirte Paralyse und wandte Elektricität an. Dabei wurde

zufällig eine congenitale Phimose entdeckt von einer Empfindlichkeit, dass jede Berührung des Orificium urethrae zu Convulsionen führte. Die Circumcision wurde daher gemacht, und schon in den ersten Tagen nach derselben besserte sich der Zustand des Pat. ganz auffallend; derselbe vermochte bald seine Beine zu strecken, die anderen nervösen Erscheinungen schwanden, und in weniger als 5 Wochen war der Knabe absolut geheilt, der vorher mit allerhand Medicamenten, wie Chinin, Eisen und Strychnin erfolglos behandelt worden war. Es hatte eben der jetzt beseitigte periphere Reiz der engen congenitalen Phimose Schuld an den Reflexsymptomen von Seite des Nervenapparates gehabt. Der Verf. hat in anderen Fällen, aus derselben Ursache hervorgegangen, ganz das Bild der „Ataxie" mit Sprachstörungen, mit ausgesprochenem Strabismus, anderen Augenmuskelstörungen und temporärer Blindheit gesehen.

Der indurirte Schanker kommt nach Zarewics (12) am meisten unter der Form einer Excoriation oder eines Geschwüres und am seltensten unter der Form eines breiten Condyloms vor. Die Differentialdiagnose zwischen einer gewöhnlichen und einer syphilitischen Excoriation ist leicht, wenn die Basis der letzteren hart und die Inguinaldrüsen intumescirt sind. Da aber sowohl die Härte der Basis als auch die Intumescirung der Drüsen auch bei gewöhnlichen Excoriationen vorkommen kann, so ist die Diagnose manchmal erst nach längerer Observation zu stellen. Vulvitis und Balanoposthitis kann mit indurirtem Schanker verwechselt werden, und vorzüglich, wenn sie zu Excoriationen und Geschwüren Anlass geben. Sind die Geschwüre stärker entwickelt, so kann Verwechslung mit sogenanntem weichen Schanker vorkommen, besonders wenn die vergrösserten Inguinaldrüsen zugleich schmerzhaft sind beim Anfühlen. Der indurirte Schanker ruft jedoch manchmal Vulvitis und Balanoposthitis hervor, und die entzündlichen Symptome dieser Krankheiten können so hervorragend sein, dass das Aufsuchen der Sklerose fast unmöglich ist, und wenn daher die Drüsen entzündlich vergrössert sind, so fehlt jeder Verdacht auf Syphilis. Die Diagnose der Sklerose bei Vulvitis wird aber auch dann unmöglich, wenn die Drüsen gar nicht theilnehmen und die entzündlichen Symptome die Sklerose unkenntlich machen. Obwohl solche Fälle sehr ausnahmsweise vorkommen, so können sie doch zu grossen Irrthümern Anlass geben.

So lange bei Herpes progenialis Bläschen sich vorfinden, ist eine härtliche Excoriation, welche durch Zusammenfliessen der Bläschen entstand, mit einer Sklerose nicht zu verwechseln, — fehlen aber die Bläschen und ist die daraus entstandene Excoriation härtlich und die Drüsen vergrössert, so wird die Diagnose schwierig, — obwohl derselben oft die rundliche Form der Sklerose fehlt, weil die gruppenweise Anordnung der Bläschen zu buchtiger Excoriation Anlass gibt. Selten wird die Sklerose mit breiten Condylomen verwechselt, da bei diesen sehr oft die allgemeinen Symptome der Krankheit vorhanden sind. In Fällen, wo geschwürige Sklerose mit weichem Schanker verwechselt werden könnte, gibt die Inoculabilität des letzteren Aufschluss über die Natur des Geschwüres. Nach Inoculationen mit der Materie der harten Geschwüre entstehen auch Geschwüre, die aber nach Z. den weichen Geschwüren unähnlich sind und die nur auf syphilitischem Boden gelingen; Versuche, die der Verf. mit der Materie der harten Geschwüre auf Nichtsyphilitischen machte, waren angeblich ausnahmslos negativ. Wenn der Substanzverlust bei einfachen Excoriationen gross ist, so können dieselben, aus irgend welcher Ursache entstanden, mit weichen Geschwüren verwechselt werden. Die Qualität und Quantität des abgesonderten Eiters bei gewöhnlichen Geschwüren und bei weichen Schankern kann dieselbe sein, — der Bau der Geschwüre aber ist verschieden. Da die Ränder der Geschwüre bei weichen Schankern unterminirt sind und der Grund uneben und bei gewöhnlichen Geschwüren sowohl der Grund wie auch die Ränder glatt, so ist die Diagnose nicht schwer, welche durch längeren Verlauf und Inoculabilität der Schanker bestätigt wird. Die Drüsen werden bei Schankern fast immer vergrössert und bei Berührung schmerzhaft und können nach Aufbruch des Bubo sich in eiternde Schanker verwandeln.

Ausnahmsweise können eiternde Condylome mit weichen Geschwüren verwechselt werden. Die Infiltration solcher Geschwüre in der Umgebung, erhabene Ränder und ebene Basis unterscheiden geschwürige Condylome, wenn nicht gleichzeitig vorhandene, nicht zerfallene Condylome und andere Symptome der Syphilis vor Irrthum warnen. Z. beschreibt ferner die von Martin beschriebene Hypertrophie exulcérative des Muttermundes, die laut Angabe Martin's auch mit venerischen Geschwüren verwechselt werden kann, welche aber der Verfasser bis jetzt nicht gesehen hat. Am ähnlichsten den venerischen Geschwüren

sind zerfallene Tubercula syphilitica und vorzüglich, wenn diese an den Geschlechtstheilen sich befinden. Von weichen Geschwüren werden dieselben durch das Fehlen der entzündlichen Symptome und der Schmerzhaftigkeit unterschieden, bei Anwesenheit nicht zerfallener Tubercula ist die Diagnose leicht, welche durch die Anamnese bestätigt wird. Zuletzt bespricht der Verfasser die Aehnlichkeit des Epithelialkrebses mit venerischen Geschwüren und vorzüglich harten Schankern. Die langsame Entwickelung und der träge Verlauf des Krebses, das Fehlen der Intumescirung der Drüsen und Vorhandensein kleiner Knötchen, aus denen sich der Krebs entwickelt, das höhere Alter der Kranken und die negativen Resultate der äusseren Behandlung sind Momente, auf denen der Unterschied in der Diagnose beruht, die durch mikroskopische Untersuchung bestätigt werden kann.

Krowczynski.

Bei der Schwierigkeit, die sich bisweilen der Diagnose syphilitischer Geschwüre, namentlich bei widersprechender Anamnese, bietet, empfiehlt auch Protopopow (13) zur Feststellung der Diagnose die mikroskopische Untersuchung des Geschwüres. Nach der Angabe Cornil's (Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de Lourcine, Paris 1879) ist für das syphilitische Geschwür eine Perivasculitis pathognomonisch, sich dadurch manifestirend, dass in dem Granulationsgewebe desselben, nach entsprechender Behandlung des Präparates, die Gefässdurchschnitte sich von runden und spindelförmigen Zellen umgeben zeigen. Diese Untersuchungsweise verhalf ihm zur Sicherstellung der Diagnose bei einem 24jähr. Kranken, dessen Lippe stark verdickt war, so dass sie die Unterlippe bedeckte, und in deren ganzer Ausdehnung sich ein scharfrandiges, prominirendes, hart anzufühlendes, höckeriges, mit einer graubraunen Kruste bedecktes Geschwür fand, in dem Pat. die heftigsten schiessenden Schmerzen empfand. Die Submaxillardrüsen waren geschwellt; intensive nächtliche Schmerzen in den Beinen. Pat. selbst drang auf operative Entfernung der Geschwulst. Die von Dubrowo vorgenommene mikroskopische Untersuchung derselben ergab aber unzweifelhaft Granulationsgewebe mit den charakteristischen Merkmalen des harten Schankers. Trotzdem der Kranke selbst jede Infection aufs bestimmteste in Abrede stellte, bestätigte sich die dennoch auf Syphilis gestellte Diagnose durch den weiteren Verlauf vollkommen; denn nicht nur traten nach kurzer Zeit Geschwüre im Rachen und auf

der linken Wangenschleimhaut auf, und entwickelte sich eine Schwellung der Inguinaldrüsen, wie Roseola auf der Brust, sondern das Geschwür selbst reinigte sich und heilte rasch unter localer Anwendung einer Lösung von Jodoform in Spiritus und Glycerin. (Die Diagnose des harten Schankers durch die Zellenanhäufungen um die Gefässe stammt nicht von Cornil her und ist überdies ganz unzuverlässig. Alle Zellenanhäufungen in der Haut treten perivasculär auf, ob nun Syphilis zu Grunde liege oder nicht. Was übrigens Cornil über die Anatomie der Initialsklerose und was dazu gehört, veröffentlichte, bestätigt im Wesentlichen nur theils die schon früher bekannten, theils die von Unna und dem Referenten neu publicirten Thatsachen. A.)

Bisher ist es nicht gelungen, in erhärteten Präparaten der Schankerknoten neben histologischen Veränderungen des Gewebes fremdartige Organismen mit Präcision nachzuweisen. Pisarewski richtete nun (14) seine Untersuchungen auf diesen Gegenstand. Als Material dienten 4 Schankerknoten, 2 frische, am 3. und 6. Tage nach ihrem Auftreten, und 2 bei schon eingetretenen secundären Erscheinungen excidirte.

An einem in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol, oder nur in letzterem erhärteten Präparate zeigte sich zunächst die für die primäre syphilitische Induration charakteristische Infiltration des Bindegewebes mit Granulationszellen. An den älteren Schankerknoten war diese Infiltration so bedeutend, dass das ursprüngliche mikroskopische Bild der Haut oder Schleimhaut vollkommen verdeckt wurde. Stets fanden sich indessen die Granulationszellen besonders dicht in der Umgebung der Blutgefässe und an den kolbenartig verdickten Spitzen (? A.) der Granulationen angehäuft. Diese Theile bilden nach dem Verf. somit den Ausgangspunkt für die Umwandlung des Fasergewebes in Granulationsgewebe, indem die ursprünglich isolirten Zellenherde später zusammenfliessen. Die neugebildeten Gefässe der Induration zeichneten sich durch ihre sehr dicken Wandungen aus und erschienen auf dem Querschnitt in Form concentrischer Ringe, mit spindelförmigen Zellen. In gleicher Weise waren auch an den alten Gefässen die äusseren Schichten der Wandung theils in runde Granulations-, theils in ebenfalls concentrisch gelagerte Spindelzellen verwandelt; die inneren Schichten derselben waren theils geschichtet, theils homogen, mit grossen ovalen Kernen besetzt und bildeten Falten, so dass das Volumen der

Gefässe im Querdurchschnitt rosettenartig und im Vergleich zur Dicke der Wandung sehr verengt erschien.

Ferner fand Verf., und dies ist bisher sonst nicht beschrieben (? A.), dass die ganze Induration von zahlreichen Höhlen und Kanälen durchsetzt ist, von denen die letzteren gewöhnlich der Richtung der Blutgefässe folgen, an Breite aber oft das Volumen derselben um das Mehrfache übertreffen. Sie besitzen keine selbstständige Membran, ihre Wandungen sind von Endothel ausgekleidet. Diese als Lymphwege anzusehenden Höhlen und Kanäle sind theils leer, theils sind sie mit Lymphkügelchen angefüllt, und noch andere enthalten eine eigenthümliche feinkörnige Masse.

Diese feinkörnige Masse nun besteht aus runden, fast gleich grossen Körnchen und aus einer durchscheinenden, homogenen glasigen Bindesubstanz. Diese Gleichmässigkeit der Körnchen in Gestalt und Grösse präsentirt sich selbst bei bedeutender Vergrösserung (Syst. 12, Ocul. 5 Hartnack), und überall werden dieselben durch jene homogene Substanz in Form von Nestern oder Gruppen zusammengehalten. Die Grösse der letzteren ist jedoch nicht abhängig von der Grösse der sie einschliessenden Lacunen und Lymphkanäle, in welchen sie in der Regel wandständig gelagert sind. Das Endothel bleibt dabei erhalten. Diese Nester sind also (? A.) als Gruppen von niederen Organismen in Form von Zoogloea anzusehen.

Dieses bestätigte sich ferner (? A) durch das Verhalten derselben gegen Reagentien und Färbemittel. Kochen in Alkohol und Aether zu gleichen Theilen brachte keine Veränderung hervor, durch Zusatz von concentrirter Essigsäure und von 10, 20, 36%iger Aetzkalilauge wurde das Schankergewebe zwar stark verändert, die feinkörnige Masse jedoch trat nur noch deutlicher hervor, die die Körner umhüllende Substanz hellte sich auf. Bei einfachem Zusatz von Färbemitteln wurden diese von der feinkörnigen Masse nicht aufgenommen, wohl aber wenn das Präparat vorher mit Essigsäure oder Aetzkalilösung behandelt wurde. Als beste Färbemittel erwiesen sich Methylanilin, Hämatoxylin und Methylgrün. Durch letzteres namentlich wurde das Gewebe grünlichblau, die Körnchen bräunlich gefärbt. Die Schleimmasse färbt sich dabei schwächer als die Körnchen. Auf Zusatz von concentrirter Schwefelsäure oder einer frisch bereiteten Lösung von ammoniakalischem Kupfersulfat blähten sich die Körnchen und lösten sich langsamer auf als das Schankergewebe, — auch dieses nach Angabe des Verf. eine

Eigenthümlichkeit der Pflanzenzelle. — Stäbchen und Helikomonaden, wie sie von Klebs cultivirt wurden, sind vom Verf. im Schankergewebe nicht beobachtet. Es wird jedoch angegeben, dass dieselben vielleicht nur Entwicklungsstufen der die Syphilis bedingenden Mikroorganismen darstellen.

Nach Trägardh (15) unterscheiden sich die syphilitischen Bubonen in mehrfacher Hinsicht von den Schankerbubonen. Sie bieten das Bild der chronischen Entzündung, während die letztern das einer acuten bieten; sie sind indolent, nicht empfindlich bei Berührung, wie die consensuellen; sie besitzen ferner keine Neigung zum Zerfall. T. hält es für eine der grössten Seltenheiten, dass syphilitisch afficirte Drüsen zerfallen, wenn nicht die Drüse noch ausserdem consensuell ergriffen ist, wenn nicht eine locale Reizung von einem grössern Geschwür der Schleimhaut oder der Haut aus hinzukommt. Bei verschiedenen Affectionen des Genitalapparates kommen Drüsengeschwülste von unzweifelhaft consensueller Natur vor, besonders bei Tripper ist das Auftreten von suppurirenden Bubonen keineswegs eine so grosse Seltenheit. Nach T.'s Erfahrungen entsprechen 100 Schankerbubonen ungefähr 12—15 bei Tripper entstandenen, wobei jedoch zu bemerken ist, dass die letzteren am meisten Seeleute betrafen, bei denen ein zufälliges Irritament hinzukam. Dass diese bei Gonorrhöe auftretenden Bubonen mit der Virulenz der Primäraffection in keinem anderen Zusammenhang stehen, als dem, dass durch das Gift ein starker Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt wird, ist um so deutlicher, wenn man bedenkt, dass solche Bubonen nicht nur bei dem wirklichen, virulenten Tripper auftreten, sondern auch bei der einfachen katarrhalischen, nicht virulenten Urethritis. Diese Bubonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Auftreten und ihre Entwicklung in keiner Beziehung von den bei Schanker vorkommenden, man nimmt aber nicht an, dass in ihnen ein Gift enthalten sei, durch welches eine neue Gonorrhoe entstehen könne, oder dass das gonorrhöische Gift von den Lymphgefässen aufgenommen und den Drüsen zugeführt werde, welche ebenfalls so zu sagen gonorrhöisch inficirt würden, obwohl das gonorrhöische Gift Schleimhäute und andere ähnliche Gebilde leicht angreift. Die bei Gonorrhöe auftretenden Bubonen sind ganz als consensuelle zu betrachten, ebenso wie die durch irgend welchen anderen Reiz bedingten Drüsengeschwülste.

Ebenso gehören nach Trägardh zu den consensuellen Bubonen auch die bei Schanker auftretenden. Ein Schanker am Präputium scheint verhältnissmässig selten Bubo nach sich zu ziehen, was hingegen selbst bei kleineren, oberflächlichen Schankern besonders oft der Fall ist, wenn sie am oberen und mittleren Theile des Sulcus coronarius sitzen. Dies hat nach T. ohne Zweifel seinen Grund in der anatomischen Anordnung der Lymphgefässe, die auch zugleich zu einer Erklärung dafür führen kann, dass Bubonen sich manchmal an der dem Sitze des Geschwürs entgegengesetzten Seite entwickeln, weil sich gerade an dieser Stelle die zahlreichen, sich kreuzenden Lymphgefässe vereinigen. Wenn an dieser Stelle ein Schanker entsteht, kommen durch den Reiz des Giftes mitunter Lymphangiten zu Stande, aber noch öfter Reizung und Entzündung der zunächst liegenden Drüsen, manchmal auch ohne dass die Lymphgefässe afficirt erscheinen. Die auf diese Weise entstandenen Drüsenaffectionen durchlaufen die gewöhnlichen Phasen anderer ähnlicher, consensueller Bubonen, ohne Unterschied von diesen, nur treten sie bei Schanker ungleich häufiger auf, als bei anderen Affectionen der Genitalien, wohl in Folge der grossen Intensität des Giftes. Bemerkenswerth ist dabei, dass Bubonen verhältnissmässig öfter bei ganz oberflächlichen Schankern vorkommen, wenn diese ihren Sitz an der genannten Stelle haben, als bei schweren phagedänischen.

Dass diese sogenannten virulenten Bubonen durch Einführung des Schankergiftes in den Lymphstrom und mit diesem in die Drüsen zu Stande kommen, erscheint T. zweifelhaft, weil die Lymphgefässe selbst wohl mitunter entzündet, aber ihre Gefässwandungen nicht vom Schankergift angegriffen gefunden werden, da doch der Durchgang der virulenten Flüssigkeit nicht als so rasch vor sich gehend angesehen werden kann, dass das Virus dabei nicht seine Wirkung geltend machen könnte, und eine besondere Widerstandskraft des Endothels der Gefässe dagegen nicht wohl angenommen werden kann. Wenn es ausserdem richtig ist, dass Bubonen verhältnissmässig seltener bei phagedänischem Schanker vorkommen, dessen Gift sich doch manchmal als so ausserordentlich scharf und zerstörend erweist, scheint es unerklärlich, dass dieses Gift durch die Lymphgefässe, ohne sie anzugreifen, hindurchgehen und doch die Drüsen ergreifen sollte. Ausserdem müssten doch auch ferner gelegene Lymphdrüsen in gleicher Weise ergriffen werden; aber an diesen kann nur ein Reizungszustand

auftreten, secundäre Affection von Schanker hat man bei ihnen nie beobachtet. Wenn der Schanker sich wirklich in den Lymphgefässen fortpflanzte, so wäre doch kein Hinderniss vorhanden, dass die Fortpflanzung von Drüse zu Drüse stattfände. T. sieht in diesem Verhalten einen Beweis für seine Ansicht, dass der Schanker sich nicht durch das Lymphgefässsystem fortpflanzt.

Dass aber im Eiter von Bubonen Schankergift gefunden werden kann, haben Impfversuche bewiesen. Sollte dieses Gift auf dem Wege der Lymphbahn dahin gelangen, so müsste es schon dort vorhanden sein, sobald die ersten Symptome von Reizung und Entzündung in der Lymphdrüse auftreten, dann könnte aber das Gift nicht plötzlich seine begonnene Wirkung auf die Drüse abbrechen und der einmal eingeleitete Entzündungsprocess könnte nicht aufhören, während es doch in einer relativ geringen Anzahl von Bubonen bei Schanker zur Eiterung kommt. Ferner liefern Impfungen mit dem Eiter aus frisch in Suppuration übergegangenen Bubonen nicht immer ein positives Resultat, was wohl der Fall sein müsste, wenn sich stets Schankergift darin fände. Auch die Annahme lässt T. nicht gelten, dass es sich nur dann finde, wenn die Drüse selbst, nicht nur das periglandulare Bindegewebe, afficirt sei. Ausserdem liefert Impfung von einem frisch geöffneten Bubo manchmal nicht gleich nach der Eröffnung, wohl aber nach einigen Tagen, ein positives Resultat. Wenn T. bei Beobachtung der nöthigen Vorsichtsmassregeln einen suppurirenden Bubo eröffnete und mit sogleich entnommenem Secret impfte, war das Impfresultat stets negativ, Impfungen aber, die er von Bubonen aus machte, die er eröffnet in Behandlung bekam, ergaben ungefähr in der Hälfte der Fälle positives Resultat.

T. schliesst hieraus, dass das Schankergift nicht im Bubo selbst oder in der entzündeten Drüse sich findet, sondern nach der Eröffnung von dem an den Genitalien befindlichen Schankergeschwür aus darauf übertragen werde, (? A) theils vermittelst der Finger, theils wohl auch durch directe Berührung, wenn im Liegen der Penis auf den Bubo zu liegen kommt. Mehrere Male hat T. beobachtet, dass das Geschwür in der Leiste beim Liegen des Kr. auf der Seite genau der Lage des Penisgeschwürs entsprach.

Otis empfiehlt (**16**) das Calciumsulfid in der von Sydney-Ringer (Lancet 21. Febr. 1874) angegebenen Weise, u. zw. 5 Milli-

gramm Calciumsulfid alle 2 Stunden oder 3 Milligramm alle Stunden in Fällen von drohender Eiterung bei phlegmonösen Schwellungen. Er fand es wirksam gegen furunculöse Schwellungen und Geschwüre, welche rückgängig gemacht wurden, während er nicht die mindeste Wirkung des Mittels gegen Eiterungsprocesse auf Schleimhautoberflächen — Gonorrhöe, chronischer Tripper, Leucorrhöe — wahrnehmen konnte. Verf. beobachtete zunächst in der Privatpraxis, dass in einigen Fällen, wo Leistendrüsenschwellungen neben Schanker bestanden, auf Verabreichung von Schwefelcalcium, die Eiterung zum Stillstehen gebracht, vorhandener Eiter resorbirt wurde und die Geschwulst verschwand. Verf. wendete nun auch in achtzehn Fällen von entzündlichem Bubo, welche gleichzeitig oder als unmittelbare Folge von weichem Schanker auftraten, das Calciumsulfid systematisch an und kam zu dem Resultate, dass es in 15 Fällen zur Aufsaugung der Bubonen kam, und nur in 3 Fällen schliesslich die Incision gemacht werden musste.

17. **Rydygier**. Ueber die chirurgische Behandlung der Blennorrhagie und des Initialschankers. (Gazeta lekarska Nr. 45, 1879.)

18. **Klink**. Ueber die Excision des indurirten Schankers (Medycyna, Nr. 42, 43, 44, 1879.)

19. **Ferrari**. Beitrag zur Pathologie und Klinik der Initialläsion der Syphilis. (Giorn. internazionale dele scienze med., nuova serie, ann. 1, fasc. 8, 1879.)

20. **Chadzynski**. Ueber den prophylactischen Werth der Excision der syphilitischen Initialsklerose. (Ann. d. Derm. Nr. 3, Juli 1880.)

21. **Hermann Zeissl.** Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose und die Behandlung der Syphilis. (Medic. Presse Nr. 27, 28, 29, 1880.)

Von den neueren Arbeiten über Excision der Initialsklerose erwähnen wir hier flüchtig zuerst der Arbeit von Rydygier, welche uns gleich der folgenden nicht im Original zu Gebote steht (17). Rydygier hat nach Chadzynski's Bericht in drei Fällen nach $1^1/_2$jähriger Beobachtung keine Syphilis nach der Excision auftreten sehen.

Klink dagegen hatte (18) in 10 Fällen (wovon drei fremde) eben so viele Misserfolge. Doch läugnet er mit Rücksicht auf seine geringe Zahl von Fällen nicht die Möglichkeit des Ausbleibens allg. Symptome nach der Operation.

Ferrari (19), auf dessen Arbeit wir durch einen geistreichen Aufsatz von Jullien in den Ann. de Derm. aufmerksam gemacht werden, scheint selber keine Excisionen gemacht zu haben, stellt jedoch bei Erörterung dieser Operation folgende Bedingungen: Der Schanker soll leicht zugänglich, nicht älter als drei Tage und noch nicht von Drüsenschwellungen begleitet sein. Diese Forderungen ausser der ersten scheinen uns gleich Jullien zu anspruchsvoll und nicht in der Sache begründet.

Chadzynski (20) hat im Spitale zu Lemberg vom October 1877 bis Jänner 1880 30 Excisionen vorgenommen. Von diesen Fällen wurden 6 Fälle per primam int. geheilt; bei 5 trat neuerliche Induration ein; in 7 Fällen blieb der Erfolg zweifelhaft, 6 stellten sich nicht mehr vor, 1 blieb in Beobachtung; in 16 Fällen traten allgemeine Erscheinungen auf (4 Roseola, 2 Roseola und Plaques muq., 3 maculo-papulöse Form, 4 Plaques, 1 Roseola papul., 1 Roseola papul. und Plaques); 7 günstige Erfolge, wovon 2 noch 6 Monate, drei 7 Monate, einer 13, einer mehr als 24 Monate beobachtet worden waren.

Der Verf. zieht daraus eine Reihe von Schlüssen, die wir auszugsweise, aber bei der holperigen Darstellung des Verf. mit Reserve wiedergeben:

die Excision könne in recenten Fällen (2—5 Tage und selbst mehr alt) als prophylactisches Mittel angesehen werden;

wenn die Ganglien nach der Excision abschwellen oder vereitern, deute dies darauf hin, dass dieselben nur sympathische Adenitides gewesen seien;

die beste Zeit für die Operation sei jene, in welcher die Ganglien noch nicht angeschwollen erscheinen, selbst auf die Gefahr hin, einen weichen Schanker zu excidiren;

auch ein Misserfolg ziehe wenigstens Aufschub und Milderung der allg. Symptome nach sich;

bei recidivirender Induration soll die Operation ein-, selbst zweimal wiederholt werden, um die Evolution des Giftes oder wenigstens dessen Quantum zu vermindern;

wo die Excision nicht möglich ist, soll die Exstirpation mit dem Thermocauter von Paquelin gemacht werden, wie schon früher Rydygier vorgeschlagen hat.

Zeissl (21) schildert 5 Fälle von Initialsklerosen, in denen von ihm die Excision ohne Hinterlassung von erkrankten Gewebsresten vorgenommen wurde. Wir geben die Krankengeschichten wortgetreu wieder:

„1. Fall. Herr X. aus Petersburg stellte sich mir im Jahre 1874 mit einer deutlichen syphilitischen Sklerose am inneren Blatte des Präputiums, und zwar in der oberen Hälfte desselben, vor. Die Leistendrüsen waren kaum merklich geschwellt. Der Kranke hatte das erste Anzeichen einer Erkrankung in Gestalt einer unbedeutenden Excoriation am 10. Februar 1874 bemerkt, der inficirende Beischlaf soll Ende Jänner stattgefunden haben. Ich excidirte die Initialsklerose, vereinigte mit der Knopfnaht und die Wunde heilte per primam. Eine Induration der Narbe trat nicht ein. Der Kranke begab sich nach Paris, wo er fast zwei Monate blieb. Ricord, Bassereau und Fournier, die ihn wiederholt sahen und genau untersuchten, konnten keine Spur des früher vorhanden gewesenen Primäraffectes auffinden. Ungefähr drei Monate, nachdem ich die Excision des syphilitischen Primäraffectes vorgenommen hatte, stellte sich mir Herr X., der wieder nach Wien zurückgekehrt war, mit einem Erythema papulosum syphiliticum vor. Die Stelle, an welcher die kaum merkliche lineare Narbe der Excisionswunde sass, fühlte sich vollständig weich und geschmeidig an. Von seiner Syphilis wurde Herr X. durch eine Jodbehandlung vollständig geheilt.

2. Fall. G., 26 Jahre alt, wurde am 26. April 1880 auf Zimmer Nr. 20 der Abtheilung aufgenommen. An dem inneren Blatte der Vorhaut fand sich eine 1 Ctm. in ihrem Durchmesser haltende charakteristische nicht exulcerirende syphilitische Initialsklerose. Die Leistendrüsen waren beiderseits mässig bis Bohnengrösse geschwellt. Am 27. April wurde die Initialsklerose excidirt, die Knopfnaht angelegt und mit Carbolwasser verbunden. Die Wunde heilte nur zum Theil per primam. Ein Theil vernarbte durch Eiterung und war die Excisionswunde am 4. Mai vollständig geheilt. Die verharschte Stelle fühlte sich ganz weich an. Am 6. Mai 1880 war am Stamme und an den Extremitäten ein maculo-papulöses Syphilid entwickelt. Die

Leistendrüsen waren namentlich links bedeutend vergrössert. Am 15. Juni 1880 war der Kranke durch eine Jodkalibehandlung von den an ihm sichtbar gewesenen syphilitischen Erscheinungen geheilt.

3. Fall. K. Ignaz, 37 Jahre alt, wurde am 10. April 1880 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. K. war zum ersten Male erkrankt und soll das Geschwür am Gliede seit 9. März bestanden haben. An der äusseren Lamelle der Vorhaut in der oberen Hälfte derselben fand sich eine 0·5 Ctm. im Durchmesser haltende, an ihrer Oberfläche zerfallende syphilitische Initialsklerose. Die Leistendrüsen waren beiderseits mässig geschwellt, an der allgemeinen Bedeckung des Stammes und der Extremitäten, sowie an den Schleimhäuten war keine Spur von sonstigen syphilitischen Erscheinungen zu constatiren. Am 11. April 1880 wurde die Excision der syphilitischen Initialsklerose vorgenommen und die Knopfnaht angelegt. Die Vereinigung trat nicht per primam intentionem ein, und war die Wunde erst am 29. April vollständig geheilt. An der narbigen Stelle war es zu keiner neuen Induration gekommen. Am 18. April waren Roseola-Flecken in beiden Brustflanken zu bemerken, welche aber unter Jodkaligebrauch bis zum 1. Mai sich so weit involvirt hatten, dass der Kranke, der versprach, sich im Ambulatorium der Klinik täglich vorzustellen, als einstweilen geheilt entlassen werden konnte. Am 29. Mai waren die Leistendrüsen beiderseits beträchtlich geschwellt, deutliche Schleimhautpapeln an der Lippen- und Wangenschleimhaut zu sehen und ist der Kranke, der die Jodkalitherapie bis zum 20. Juni fortsetzte, von diesen Erscheinungen der Syphilis befreit worden, derselbe stellt sich aber noch immer von Zeit zu Zeit auf der Klinik vor.

4. Fall. Sch. Richard, 26 Jahre alt, wurde am 5. December 1879 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. An der allgemeinen Bedeckung des circumcidirten Gliedes fanden wir einen Ctm. hinter der Corona glandis eine 1 Ctm. im Durchmesser haltende zerfallene syphilitische Initialsklerose. Da dieselbe sich leicht excidiren liess, so wurde diese Operation am 6. December vorgenommen. Die Erkrankung will Sch. 4 Wochen vor Eintritt in das Krankenhaus bemerkt haben. Die Leistendrüsen waren nicht geschwellt, die Excisionswunde heilte per primam intentionem. Am 18. December trat ein spärliches papulöses Exanthem an der Haut des Stammes auf, welches sich auf 14 Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe involvirte. Vom 11. Jänner 1880 an nahm der Kranke Jodkali und wurde am

13. Jänner als einstweilen geheilt entlassen. Am 12. März stellte sich Sch. neuerdings mit einem dichtgedrängten maculo-papulösen recidivirenden Syphilid vor. An dem Zungenrande fanden sich zahlreiche Schleimhautpapeln. Diese Erscheinungen schwanden bis zum 17. April 1880 auf eine Jodkalitherapie.

5. Fall. Der 19 Jahre alte Abraham D. wurde am 15. Mai 1880 auf Zimmer Nr. 19 der Abtheilung aufgenommen. An der unteren Fläche des rituell circumcidirten Gliedes fand sich an der Stelle, wo früher das Frenulum sass, eine nach Angabe des Kranken 4 Wochen bestehende syphilitische Initialsklerose, die Leistendrüsen waren beiderseits mässig geschwellt. Die Excision der Sklerose wurde am 19. Mai vorgenommen und heilte die Excisionswunde in wenigen Tagen, ohne dass in loco wieder eine Verhärtung der Narbe zu constatiren gewesen wäre. Am 25. Juni fanden sich am Scrotum des D. nässende Papeln und zerfallende Papeln der Schleimhaut beider Wangen und der Zunge. Der Kranke steht noch in Behandlung."

Die Folgerungen, welche der Verf. an diese Fälle knüpft, sind schon oben (siehe unter den Originalarbeiten: Auspitz über die Excision) angeführt worden.

Hier referiren wir nur noch über die Bemerkungen therapeutischer Art, welche der Autor am Schlusse seines Aufsatzes anfügt: Sie betreffen das Dct. Zittmanni, das Pilocarpin, das Cupr. sulfur. Das erstere schätzt er besonders den gummatösen, aber auch den condylomatösen Formen gegenüber sehr hoch, besonders bei heruntergekommenen Kranken. Das Pilocarpin hat er bei zwei Kranken (! A.) versucht (0,02 pro injectione) 10 und 9 Injectionen — ohne Erfolg, doch mit unangenehmen Intoxicationserscheinungen. Ueber Sulfas cupri will er noch kein endgiltiges Urtheil fällen, da er das jüngst von Martin und Oberlin empfohlene Mittel (siehe weiter unten) nur in 7 Fällen (davon in 2 mit Erfolg) bisher versucht hat. Die Dose des innerlich gegebenen Medicamentes war 0,004 bis 0,012 täglich.

22. **v. Rinecker.** Reizung und Syphilis. (Sitzung der physikal.-med. Gesellschaft vom 15. November 1879.)

23. **Gee.** Ist eine Uebertragung der Syphilis durch das Secret des weichen Schankers eines Syphilitikers möglich? (Berichte des ärztlichen Vereines in Kasan Nr. 1, 1880. — Ctbl. f. Chir. Nr. 23, 1880.)

24. Folinea. Traumatische Verletzungen Syphilitischer. (Giorn. internaz. d. sc. med. Nr. 10, 11, 12. 1879.)

Tarnowsky in Petersburg hat bekanntlich vor einiger Zeit unter dem Titel: „Reizung und Syphilis" eine Arbeit publicirt[1]), in welcher er auf Grund klinischer Beobachtung und zahlreicher Impfversuche einigen scheinbar gegen die Dualitätslehre sprechenden Thatsachen eine andere Deutung zu geben sich berechtigt hält, wodurch diese in vollkommenen Einklang mit der erwähnten Theorie gebracht werden. Dahin gehört vor Allem die Beobachtung, dass der indurirte Schanker nicht immer von allgemeiner Lues gefolgt ist, dann dass derselbe zeitweise den eitrigen Bubo des weichen Geschwürs zum Begleiter hat, endlich dass zuweilen an harten Schankern leidende Personen ebenso weiche wie harte Schanker zu übertragen vermögen und umgekehrt.

v. Rinecker erörtert nun in einem in der phys.-med. Gesellsch. in Würzburg gehaltenen Vortrage (22) diese Arbeit, indem er zunächst darauf hinweist, dass Tarnowsky die Erklärung dieser von ihm nicht bestrittenen Thatsachen in einer eigenthümlichen Beschaffenheit der Haut der Syphilitischen, d. h. in einer durch die Syphilis bewirkten Umänderung des Bodens findet, wodurch die Resultate des Impfversuchs und folglich auch die Infection eine Modification erleiden. Vornehmlich im Frühstadium der secundären Periode tritt diese Vulnerabilität der Haut bei Syphilitischen am deutlichsten hervor und hat sich T. durch eine Reihe von Parallelversuchen überzeugt, dass in diesem Stadium der Krankheit schon tiefe Einstiche, Impfungen mit vulgärem Eiter oder dem Secrete der Schleimpapeln, aber auch mit chemisch reizenden Flüssigkeiten hinreichen, um an der Reizungsstelle die Ablagerung von syphilitischem Infiltrat hervorzurufen. Der von T. genau beschriebene Verlauf ist in der Regel der, dass sich anfänglich mit oder ohne vorausgegangene Pustel ein Geschwür ausbildet, welches einem weichen Schanker ähnlich ist, sich aber gar bald von ihm durch einen Ring syphilitischen Infiltrats unterscheidet. Auch sitzt die später sich bildende Narbe auf einer nur langsam sich lösenden Verhärtung. In den Fällen nun, wo das Gift des weichen Schankers als Impf- oder Infectionsstoff gedient hat, wird im Anfang das sich entwickelnde Geschwür in Nichts von dem gewöhnlichen weichen

[1]) Diese Vierteljahresschrift pag. 19, 1877.

Schanker sich unterscheiden. Aber im weiteren Verlauf (9.—20. Tag) bildet sich im Umkreis und am Boden des Geschwürs durch Ablagerung syphilitischen Infiltrats eine Induration aus und wenn diese dann das bereits gereinigte Geschwür in scharfer Begrenzung von allen Seiten ringförmig umgibt, wird es unmöglich, diesen weichen Schanker der Syphilitiker blos der äusseren Form nach von der syphilitischen Primärsclerose wegzuerkennen. Auch die zurückbleibende, oft knorpelig-harte Narbe wirkt auf die Diagnose erschwerend.

Diese eigenthümliche Schankerform — die somit zwei Perioden durchläuft — in deren erster sie als einfaches weiches Geschwür sich verhält, während sie in der zweiten die Eigenschaften des harten Schankers annimmt — hat T. als: „Pseudo-indurirten Schanker der Syphilitiker" getauft und gibt sich der Hoffnung hin, es werde in Zukunft mit Hilfe desselben und zwar im Verein mit Ricord's Chancre larvé und Rollet's Chancre mixte gelingen, alle durch die Complication von Tripper, Schanker und Syphilis verursachten Schwierigkeiten der Diagnose in der Syphilislehre zu überwinden. So wird es z. B. mittelst des pseudoindurirten Schankers ganz leicht verständlich, wie eine Prostituirte an verschiedene Männer bald weichen, bald harten Schanker übertragen kann. Eine solche Person leidet an einem pseudo-indurirten Schanker, der von vorne herein als weicher Schanker sich introducirt und sie wird, in so lange in des letzteren Peripherie kein syphilitisches Infiltrat sich ablagert, nur weichen Schanker übertragen. Sowie aber das Infiltrat anfängt zu zerfallen und die Produkte des Zerfalls dem Secrete sich beimengen, wird die betreffende Kranke mit harten, nach Umständen mit „gemischten" Schankern anstecken, die von den Erscheinungen der constitutionellen Syphilis gefolgt sind.

Die vorhin erwähnte Beobachtung, dass Traumen und sonstige Beschädigungen der Haut bei Syphilitischen zur Entwicklung eines specifischen Infiltrats im Umkreis der verletzten oder sonstwie gereizten Stelle Anlass geben, brachte T. noch auf die weitere Idee, zur Feststellung der Diagnose und namentlich zur Constatirung des Gelungenseins einer Syphilisbehandlung an, der latenten Syphilis verdächtigen Personen mittelst der Ricord'schen Schwefelsäure-Kohlenpasta völlig schmerzlose Aetzungen zu dem Zwecke vorzunehmen, um hiedurch charakteristische Merkmale der Krankheit hervorzurufen. T. nennt diese Methode „Cauterisatio provocatoria", gibt übrigens selbst zu, dass dieselbe in vielen Fällen im Stiche lasse.

Diese zweifelsohne höchst interessanten Untersuchungen, die überdem das Gepräge strengster Gewissenhaftigkeit an sich tragen, hatten sich keiner besonders günstigen Aufnahme zu erfreuen. Schon der, allerdings nicht glücklich gewählte Name, den T. der neuaufgefundenen Schankerform gab: „Pseudo-indurirter Schanker u. s. w." erregte Anstoss zunächst deshalb, weil er bereits in mehrfacher Beziehung anderweitig engagirt war (Auxias-Turenne, Fournier). Auch war es gewagt, auf Grund blos eigener Erfahrungen, wenn auch noch so langdauernd und zahlreich, gleich von „Gesetzen" zu sprechen, wenn dies schon in der Syphilislehre von lange her Mode war. Ganz besonders muss es aber auffallen, dass, während der Ausgangspunkt der Tarnowsky'schen Forschungen — die eingestandener Massen auf eine Rechtfertigung der Dualitätslehre lossteuern — ein Thema bildet, welchem gerade die Verfechter der Unitätslehre stets eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben, T. dessenungeachtet für die z. Th. fundamentalen Arbeiten dieser Gelehrten nur ein abfälliges Urtheil hat, dagegen nicht ansteht, die von ihm gegebene Erklärung von der Wirkung verschiedener specifischer und nicht specifischer Reize auf die Haut constitutionell Syphilitischer als ein Dogma zu bezeichnen. Dass der syphilitische Traumatismus, auf dem die Cauterisatio provocatoria fusst, nichts Neues ist, sondern zu den bereits in älterer, namentlich aber in neuerer Zeit mit Vorliebe besprochenen Capiteln gehört, ist schon von anderer Seite bemerkt worden.

Wenn der Vortragende trotz all' dieser, theilweise allerdings nebensächlichen Ausstellungen den Tarnowsky'schen Untersuchungen einen grossen Werth zuerkennt und glaubt, dass dieselben durch Veröffentlichung der ihnen zur Basis dienenden Beobachtungen an Bedeutung gewinnen würden, so hat das seinen Grund darin, dass Rinecker nach den seinen eigenen Versuchen entnommenen Erfahrungen das von T. gegebene klinische Bild von der Entwicklung und dem Verlaufe seines s. g. pseudo-indurirten Schankers als vollkommen richtig erklären muss. Die von T. so sehr betonte Ablagerung eines syphilitischen Infiltrats, welches ringförmig das an der Reizungsstelle sich bildende Geschwür umsäumt, ist, soviel dem Vortr. bekannt, in dieser Weise noch nirgends geschildert worden, was einfach darin liegen mag, dass frühere Forscher den Ablauf dieser Affection nicht so lange (20—60 Tage) verfolgt haben. Die Form selbst ist, wenn vollständig entwickelt, so charakteristisch, dass sie allerdings auf einen besonderen

Namen Anspruch erheben darf und schlägt Rinecker statt des langathmigen und ohnehin nicht geeigneten „pseudo-indurirten Schanker" — jenen des Chancroid vor, der um so passender erscheint, als dieses Tarnowsky'sche Geschwür den zweiten Theil des Clerc'schen Chancroid darstellt und diesem auch in virtueller Beziehung gleichsteht; denn bei seiner Uebertragung auf Gesunde hatte dasselbe in Würzburg stets nur weichen Schanker, nie aber den Primäraffect der Syphilis oder diese selbst zur Folge, wie von T. behauptet wird. Dieses Chancroid kann daher auch nicht als Zeuge für das Dogma der Dualität des syphilitischen Virus angerufen werden, sondern dient vielmehr als glänzendes Beweismittel für die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Schankerformen.

Um seine Anschauungsweise dieser Verhältnisse möglichst klar zu legen, benützt R. einen Terminus aus der Zoologie, nämlich den der Heterogenesis, womit einige Zoologen das Vorkommen eines Thieres unter zweierlei Formen bezeichnen, deren jede selbständig als solche sich fortpflanzen, aber auch wieder in die andere Form zurückkehren kann. (So gibt es z. B. Ascaris-Arten, die bald parasitische Form annehmen, bald aus diesen heraus wieder zu freilebenden Formen sich entwickeln). Die Syphilis würde dieser Ansicht zu Folge unter zweierlei Formen existiren, dem weichen und dem harten Schanker; der wilde, zerstörende weiche Schanker kann neben einem ungehemmten Fortbestand in seiner ihm eigenen Form, in gewissen Fällen in den harten Schanker übergehen. Dieser selbst kann als solcher gleichfalls ins Unendliche sich fortpflanzen, doch stets auch unter Vermittlung des Chancroids wieder in den weichen Schanker sich umwandeln. Dieses, das Chancroid, wird nur eine relative Selbständigkeit beanspruchen können, als eine Art Zwischenform, die aber unter Umständen durch Reinoculation des weichen wie des harten Geschwürs auf einen syphilitischen Boden sich stets wieder neu erzeugt. Die völlig identische Natur des Chancroids mit dem weichen Schanker wurde theilweise schon von Jenen bezweifelt, die an seiner Wiege standen.

Eine nähere Begründung dieser Ansicht von der Beziehung der einzelnen Schankerformen zu einander wird erst beim Hinweis auf klinische Beobachtungen und mit diesen im Zusammenhang stehende Impfversuche möglich sein, welch letztere auf der Syphilidoklinik des Juliusspitals im Laufe der letzten Jahre in grösserer Ausdehnung

angestellt wurden. Doch glaubt man jetzt schon es aussprechen zu dürfen, dass all diese Verhältnisse bei ihrer näheren Betrachtung immer und immer wieder zu der Hypothese hindrängen, dass es belebte, organisirte Wesen, d. h. kleinste niedere Organismen sind, die, nachdem sie bei fortwährend wechselnden Lebensbedingungen mit anderen Entwicklungsphasen auch andere Eigenschaften annehmen, — wie bei den übrigen Infectionskrankheiten — so auch in der Syphilis die Ursache jener häufig so eigenthümlichen Krankheitssymptome bilden und wohl auch als die gestaltenden Potenzen der verschiedenen Schankerformen zu betrachten sind, mit welchen die Syphilis in die Erscheinung tritt.

Wie anderen Forschern ist es auch R. nie gelungen, durch Application von Aetzmitteln auf syphilitische Individuen etwas Anderes, als oberflächliche Substanzverluste zu erzeugen, die während ihres ohnehin kurzen Bestandes nie etwas Specifisches darboten. Ebenso steht es im Widerspruch mit einer anderen Tarnowsky'schen Behauptung, dass in einem diagnostisch äusserst dunklen Fall von visceraler Syphilis die Impfung mit weichem Gift eine eclatante Entscheidung brachte, indem das an der Impfstelle sich entwickelnde Chancroid alsbald in ein tief greifendes gummöses Geschwür von nierenförmiger Gestalt überging. Dagegen lieferte eine Beobachtung, wo ein zufälliges Trauma in einem Falle secundärer Syphilis die Bildung einer syphilitischen Hyperplasie von ungewöhnlichem Umfang an der Wundstelle hervorrief, eine Bestätigung für die Tarnowsky-sche Anschauung dieser Dinge.

In der Discussion machte Gerhardt auf die vielen Analogien aufmerksam, die zwischen Syphilis und den acuten Infectionskrankheiten bestehen, Eruptionsfieber, Hautausschläge, Incubation etc. — Besonders betonte er auf Grundlage der eben entwickelten unitarischen Auffassung die Aehnlichkeit, die beide Krankheitsarten durch das Erscheinen von Abortivformen darbieten. Menschenpocken auf Kühe geimpft, erzeugen die Vaccine: eine örtliche Erkrankung. Eine Abortivform der echten Variola sind die Varicellen: wahrscheinlich stehen die Rötheln zu den Masern im gleichen Verhältnisse. So ist der weiche Schanker die nur örtliche Erscheinungen verursachende Abortivform der Syphilis. Harter Schanker auf Syphilitische geimpft gibt weichen Schanker; unter veränderten Bedingungen erzeugt dieselbe Krankheitsursache verschiedene Erkrankungsformen. v. Rinecker

betont, wie auf Grundlage der Hypothese von der parasitären Entstehung die bekannte Proteus-Natur der Syphilis ihre Erklärung findet. Ein aus lebenden Keimen bestehendes Virus kann nicht immer dasselbe sein. Bald in rascher continuirlicher Entwicklung begriffen, bald im Zustande unbestimmte Zeit dauernder Latenz können diese niedersten Lebewesen durch verschiedene Einflüsse eine Differenzirung erfahren, die bestimmend auf Form und Verlauf der Krankheit wirkt.

Gee fand (23) bei Impfung einer vollkommen gesunden Frau, die nie Syphilis gehabt und sich bereitwillig zu diesem Experiment hergegeben hatte, mit dem Secret weichen Schankers eines Syphilitischen, dass die Schanker sich abimpften und einen ganz normalen Verlauf nahmen. Da sich im Verlaufe von 132 Beobachtungstagen keine Symptome syphilitischer Ansteckung gezeigt hatten, so behauptet Verf., die Incubationszeit der Syphilis sowie das gänzliche Fehlen irgend welcher Zeichen dieser Erkrankung in Erwägung ziehend, dass die Einimpfung des Secretes des weichen Schankers von einem Syphilitiker nur den weichen Schanker allein übertragen hat, ohne gleichzeitig die Syphilis mitzutheilen.

Folinea (24) erörtert im Anschluss an Düsterhoff (diese Vierteljahrsschr. pag. 477, 1879) den Einfluss der Syphilis auf Traumen und umgekehrt und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Initialsklerose verwandelt Wunden, die mit ihr in Continuität stehen, in syphilitische Geschwüre.

2. In einiger Entfernung gelegene Wunden beeinflusst die Initialsklerose nicht.

3. Die Periode zwischen Initialsklerose und den ersten Allgemeinerscheinungen übt, besonders anfangs, keinen Einfluss auf Traumen aus.

4. Die Syphilis im entzündlichen Stadium wirkt, wenn sie activ ist, auf Traumen in der Weise ein, dass sie dieselben in syphilitische Läsionen umwandelt.

5. Diese Umwandlungen können sich bei activer frischer Syphilis entfernt oder nahe der eben bestehenden Syphilisform zeigen.

6. Wenn die entzündliche Syphilis das Trauma nicht in eine specifische Läsion überführt, so wirkt sie in der Weise ein, dass das

Trauma ohne weitere Veränderung in eine stationäre Periode tritt, in welcher die specifische Behandlung zur Heilung führt.

7. Die neoplastische Syphilis ist häufig von negativer Wirkung, gleichviel ob die Verletzung sich nahe oder entfernt von der bestehenden syphilitischen Manifestation befindet; doch kann unter Umständen die Umwandlung in ein Geschwür oder die Ueberführung in die stationäre Periode erfolgen.

8. Im latenten Stadium der entzündlichen Periode wirkt die Syphilis, wie wenn sie activ ist, indem sie dem Trauma specifischen Charakter verleiht oder dessen Heilung bis zum Gebrauch von Mercurialien hintanhält.

9. Im latenten Stadium der neoplastischen Periode macht sich selten ein specifischer Einfluss auf den Heilungsverlauf der Traumen geltend; fast immer geht derselbe ohne Rücksicht auf die bestehende Diathese vor sich.

10. Verletzungen können in syphilitischen Individuen der Herd neuer specifischer Eruptionen werden.

11. Verletzungen bei frischer activer oder latenter Syphilis können Ausgangspunkte neuer syphilitischer Formen werden, die sich daselbst localisiren.

12. In syphilitischen Individuen können Verletzungen mehr oder weniger entfernt von sich Veränderungen hervorrufen, und zwar häufig im entzündlichen, selten im neoplastischen Stadium.

13. Bei syphilitischen Individuen kann ein Trauma wiederholt Ausgangspunkt einer syphilitischen Läsion sein, und zwar im entzündlichen wie im neoplastischen Stadium.

14. Ein Trauma eines nicht Syphilitischen, der sich nachträglich inficirt, kann Ausgangspunkt der syphilitischen Allgemeinerscheinungen werden.

25. Mills. Syphilom der Dura mater cervicalis. (Philadelphia Med. Times Nr. 312, 1879.)

26. Teuffel. Ein Fall von luetischer Erkrankung des Gehirnes. Aus dem Jahresbericht der inneren Abtheilung des Ludwigs-Hospitals in Stuttgart für das Jahr 1878. (Württemb. med. Corresp.-Bl. Nr. 8. 1880. — Allgem. med. Centr.-Ztg. 43. 1880.)

27. Ayer. Gehirnsyphilis mit Gehörshallucinationen. (The Boston med. and surg. Journal, Sept. 19, p. 363. 1878. — Wiener Med. Wochenschr. Nr. 35, 1879.)

28. Bulkley. Syphilitische Analgesie. (Amer. Arch. of Derm. III. p. 254. 1879.)

29. Fournier. Ueber secundäre syphilitische Epilepsie. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 2. série. Tome I. Nr. 1, p. 17. 1880.)

30. Pellizzari. Epileptiforme Anfälle bei Syphilis. (Giorn. Ital. delle mal. vener. Nr. 5, 1880.)

Mills schildert (25) folgende Fälle von Syphilisgeschwulst der harten Hirnhaut: Ein 24jähriger syphilitisch inficirter Neger litt an heftigen Schmerzen im Nacken und Steifigkeit desselben, denen sich in kurzer Frist Schwäche, erst der Arme, dann der Beine zugesellte. Er konnte nur mühsam und kurze Zeit sitzen, da er Erstickungsanfällen ausgesetzt war. Das Sehvermögen war vermindert. Die gelähmten Arme waren atrophisch, doch hatte die Musculatur ihre elektrische Erregbarkeit bewahrt. Die Sensibilität war oben und unten vermindert. Die Reflexerregbarkeit von der Haut aus zeigte sich erhöht. Die Entleerungen waren unwillkürlich. Decubitus fand sich in geringer Ausdehnung an verschiedenen Stellen; zeitweilig traten heftige Schmerzen in den Knien und an den Knöcheln auf, ebenso Erectionen des Gliedes. In einem der sich häufiger wiederholenden Anfälle von Athemnoth starb der Kranke. — Nach dem Tode fand man die inneren Flächen der vorderen Abschnitte des zweiten, dritten und vierten Cervicalwirbels cariös und von Blut und Eiter bedeckt. In einer Ausdehnung von $2\frac{1}{2}$ Zoll lag auf der Aussenfläche der Dura ein unregelmässiges, $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ Zoll dickes, das Mark umgebendes Gebilde. Das Mark selbst war platt und erweicht. Die Cervicalnerven zusammengedrückt und atrophisch. Auf der Höhe des dritten Cervicalwirbels fand sich im Mark ein wie ein intramedullärer Tumor erscheinendes, $\frac{1}{2}$ Zoll langes Gebilde, ober- und unterhalb dessen das Mark besonders erweicht erschien. Drei Zoll oberhalb der Cauda equina befand sich ein kleineres, ähnliches Gebilde. Die Verdickung der Dura erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als eine gummöse Bildung. Die Tumoren bestanden aus sklerotischem Bindegewebe, im Cervicalmark fand sich das interstitielle Gewebe vermehrt, die Markscheiden der Nervenfasern

waren verschwunden, die Blutgefässe verdickt, stellenweise amyloid entartet und oft mit Blut infarcirt. In der Dorsalregion waren die Seiten- und Hinterstränge, im Lumbaltheil nur die letzteren degenerirt.

Der zweite Fall betraf eine 31jährige, ebenfalls syphilitisch inficirte Negerin. Auch sie klagte über Schmerzen und Steifigkeit im Nacken, die nach dem Kopf zu und in die Arme hinab ausstrahlten. Die Lähmung der Arme trat ziemlich acut auf, den Tag darauf erlahmten die Beine. Auch die Sensibilität der letzteren war abgeschwächt; die Hautreflexe waren erhöht, die Sehnenreflexe vorhanden, aber nicht erhöht, rechts schwächer als links. Auch sie litt an Anfällen von Dyspnoë. — An der linken Seite der Dura fand sich auf der Aussenseite ein vom fünften Cervicalwirbel bis nach oben reichender Blutklumpen und eine 2 Zoll lange unebene flache Neubildung, besonders links und vorn; auf der Höhe des zweiten Cervicalwirbels zeigte sich ebenfalls ein kleines Blutgerinnsel. Die innere Durafläche war glatt, aber glanzloser als gewöhnlich. Das Mark war abnorm platt und weich und in der Quere sklerotisch. Die Wirbel selbst waren in diesem Falle nicht erkrankt gefunden worden.

Einen Fall von Gehirnsyphilis mit günstiger Wirkung der Mercureinreibung beschreibt Teuffel (26). Friedr. H., 41 J., Thierarzt. Harter Schanker vor 15 Jahren, dem Angina und Roseola folgen. Vor 6 Jahren Ozaena, welche 2 Jahre dauert und mit Einsinken des Nasenrückens heilt. Seit einem Jahre wiederholte epileptiforme Anfälle, Sprach- und Gehstörungen, welche vollkommen das Bild einer progressiven Paralyse geben. Aufnahme am 1. März. Dreiwöchige Schmierkur mit 5,0 p. die. Rasche Besserung. Nachher Jodkali 2,0 p. die und Dampfbäder zweimal die Woche. Pat. ist im Stande, wieder etwas in seinem Berufe zu arbeiten. Im Juni Kur in Salzbrunn. Auf der Rückreise (1. Juli) plötzlich Parese des rechten Armes, vollständige Lähmung des Sphincter ani, unvollständige des Sph. vesic. Zunge kann nur wenig bewegt werden. Articulation und Deglutition sehr erschwert. Kann nur mit grosser Mühe, unter Mitanstrengung der Gesichtsmuskeln, bis auf 3 zählen. Ausdruck blöde. Gedächtniss und Begriffsvermögen sehr reducirt. Inunct. mit 5,0 p. die, Kali jodat. 1,5 p. die. Strenge Diät. Schon am 6. deutliche Besserung der Sphincteren, dann des Armes, zuletzt vom 12. an der Sprache und Intelligenz. — Am 28. Abends plötzlich epileptiforme Anfälle, welche

in Pausen von etwa 10 Minuten sich wiederholen, 1—2 Minuten dauern. Nach $1^3/_4$ Stunden, während welcher Pat. nicht zum Bewusstsein kommt, cessiren die Anfälle; Somnolenz, Müdigkeit, Kopfschmerz, verzweifelte Gemüthsstimmung bleiben zurück. Am 30. sind die Folgen der Anfälle ganz geschwunden. Von da an rasche Genesung. Austritt am 7. September. — Kal. jodat. 2,0 p. die und kalte Douchen werden noch 4 Wochen fortgebraucht. Noch ein epileptiformer Anfall am 9. November, welcher keinerlei Folgen hinterlässt. Auf den erneuten mehrmonatlichen Gebrauch von Jodkali 5,0 p. die bis jetzt (November 1879) dauernde Genesung und Arbeitsfähigkeit.

Ayer erzählt (27) die Krankengeschichte eines 29jährigen Mannes, in dessen Familie Geisteskrankheit von väter- und mütterlicher Seite, bei je einer Tante und Schwester vertreten war.

Zehn Jahre vorher — in Folge einer unglücklichen Liebe — zeigten sich bei dem Kranken zum ersten Male Erscheinungen von Gemüthsdepression, welche dann vollständig schwanden.

Zwei Jahre vorher acquirirte der Patient einen Schanker und Roseola syph. Etwa 6 Monate nach der Ansteckung traten Symptome von Meningitis cerebr. auf, welche bei einer unbekannten Therapie in 3 Monaten verschwanden.

Seit kurzer Zeit hört er „Stimmen", welche ihn angeblich bald zu dem, bald zu jenem auffordern. So oft er der Ueberwachung gewahr wird, ärgert er sich und wird wüthend.

In den ersten 2 Monaten der Beobachtung klagte er öfters über Kopfschmerzen, deren Heftigkeit ihn manchmal zu Wehgeschrei veranlasste. Auch wurden von ihm Periostalschmerzen (in der Tibia) angegeben.

Die Gehörshallucinationen dauerten fort, er hielt sich für verzaubert und beeinflusst „durch eine gewisse Art von Magnetismus". Trotz Jodkaliumgebrauches (30 Gran pro die) seit circa 3 Monaten zeigten sich bei ihm (nach vorheriger Besserung) Erscheinungen von Tobsucht, dann folgte zum ersten Male eine zweimonatliche Pause der Gehörshallucinationen, von da an erholte er sich nicht mehr, bald beklagte er sich, dass man sich gegen ihn verschworen, bald gab er drückende Schmerzen in den Eingeweiden an. Dann wollte er durchaus keine Nahrung zu sich nehmen. Der Puls wurde endlich intermittent und nach 21 Monaten der Kur starb der Kranke.

Die **Nekroskopie** zeigte eine Verwachsung der Pia mater mit den rechtsgelegenen oberen Occipitalgehirnwindungen (in der Ausdehnung eines Halbdollars). Die mittlere Gehirnarterie rechts war Sitz einer circumscripten chronischen Endarteriitis, ebenso die Basilararterie.

Die Hirnwindungen etwas abgeflacht, der Seruminhalt der Ventrikel etwas mehr als normal.

Nahe der Longitudinalfissur, im oberen Theile der rechten Occipitalgegend, entsprechend dem Meningealentzündungsherde, war das Gehirn indurirt, die graue Substanz atrophisch, die Neuroglia der weissen Substanz vermehrt.

Die Urethra zeigte eine Strictur. Am übrigen Körper nichts Abnormes wahrzunehmen.

Gleich **Heubner** leitet Verf. den obigen Befund im und am Gehirne von der Lues ab.

Bulkley stellte (28) einen jungen Mann von 22 Jahren vor, der an florider secundärer Lues leidet: papulosquamöses Exanthem, Halserscheinungen, frische Drüsenschwellung am Ellbogen und Hals. — Derselbe bietet jedoch noch ein anderes Symptom, das **Fournier** vor 10 Jahren bereits hervorgehoben und Verf. auch nicht selten bei florider secundärer Lues gesehen haben will: eine mehr oder weniger hochgradige **Analgesie der Haut**, so dass Nadelstiche, Durchbohrung ganzer Hautfalten entweder gar nicht oder nur unbedeutend schmerzhaft sind. — Eine besondere Ursache weiss Verfasser nicht anzugeben.

Fournier hat (29) in der secundären Periode der **Syphilis** auftretende **Krampfanfälle** beobachtet, die ganz unter dem Bilde des gewöhnlichen epileptischen Anfalles verliefen, stets gleichzeitig mit einer frischen Eruption auf Haut oder Schleimhäuten auftraten und unter entsprechender Behandlung mit den übrigen Symptomen der Syphilis wieder verschwanden. Wohl zu trennen ist diese Form von der tertiären syphilitischen Epilepsie, die in einer viel späteren Periode der Syphilis und stets gleichzeitig mit anderweiten schweren Hirnläsionen auftritt. Vf. hat 12 Fälle beobachtet, wovon er drei ausführlich beschreibt.

Pellizzari berichtet (30) über 3 Fälle von **Epilepsia syphilitica**. In dem ersten dieser Fälle war der Kranke 38 Jahre alt

und 16 Jahre früher mit Syphilis cut. behaftet gewesen, wovon die Narben noch bei der Aufnahme sichtbar waren; die Krämpfe waren (seit ca. 1 Jahr) im Bereiche der linken Gesichtshälfte und der linken oberen Extremität zu beobachten, auch die unwillkürliche Stuhl- und Harnentleerung fehlten nicht. Kurz nachher schien auch der linke Unterschenkel bei den einzelnen Anfällen in Mitleidenschaft gezogen zu sein, noch später der ganze Körper. Eine bedeutende Temperaturerhöhung ging dem letalen Ende voraus. — Bei der Section wurde zwischen Stirnlappen und Dura mater eine Verwachsung und die Corticalsubstanz des Gehirnes durch Bindegewebe ersetzt gefunden.

In dem zweiten Falle litt der 8jährige Patient nach Angabe der syphilitischen Mutter nur kurze Zeit an einseitigen Convulsionen; ausser der Verdichtung der Pia meninx des rechten Paracentral- (Stirn) lappens konnte dafür keine directe Urache constatirt werden.

Ein dritter, 36 Jahre alter Kranker war seit 16 Jahren syphilitisch und seit 2 Jahren epileptisch, d. h. er bot anfangs nur Kopfschmerzen, später Stottern und Krämpfe, dann Aphasie dar. Zu gleicher Zeit mit dem Kopfweh trat ein Geschwür an der Unterlippe auf, welches erst nach einer Frictionskur verheilte, letztere hatte aber auf die rechtsseitigen Convulsionen keinen Einfluss; es trat sogar während der Quecksilberkur Gedächtnissschwäche hinzu. Das Bewusstsein war angeblich noch kurz vor dem Tode ungetrübt, dies war auch während der zuletzt beide Seiten betreffenden Anfälle der Fall. Eine Temperaturerhöhung war der Vorbote des letalen Ausganges. Die Rindensubstanz des linken Stirnlappens des Gehirnes war in diesem Falle bis zu den Corpor. striat. erweicht gefunden, die Gehirnhäute, entsprechend dem Krankheitsherde, stark verdichtet, verwachsen.

31. Lang. Ueber Mastitis und Parotitis syphilitica. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 9, 28. Febr. 1880.)

32. Van Harlingen. Drei Fälle von syphilitischer Muskelcontractur. (Americ. Journal of the med. sc. April 1880.)

33. Henop. Ein Fall von luetischer Erkrankung der Lungen. (Deutsches Archiv f. klin. Med. XXIV. S. 250, 1879.)

34. Schwimmer. Ueber Pigmentsyphilis. (Wiener med. Blätter Nr. 17, 18, 20, 1880.)

35. **Huber.** Ueber syphilitische Gefässerkrankung. (Virchow's Archiv LXXIX. Bd. S. 537, 1880.)
36. **Deahna.** Ein Fall von hämorrhagischer Syphilis. (Württ. Corr.-Bl. XLIX. 40. 1879.)
37. **Pellizzari.** Incomplete spontane Fractur in Folge von Syphilis. (Giorn. Ital. delle mal. ven. 6. Heft, Dezemb. 1879.)

Lang beschreibt (**31**) einen Fall von Syphilis, bei welchem Brustdrüse und Parotis ergriffen waren, bei einem Individuum, das auch sonst Zeichen von Syphilis aufwies.

Den 14. Jänner 1879 liess sich auf seiner Klinik eine 39 Jahre alte Frau aufnehmen, welche erzählte, bis vor vier Jahren nichts Auffälliges an sich beobachtet zu haben. Seit jener Zeit hat sie zu kränkeln begonnen und sich nicht mehr recht wohl gefühlt. Zuerst stellten sich Kopfschmerzen ein, die einen ganzen Winter hindurch anhielten; bald darauf bildeten sich am Nacken eiternde und borkige Stellen, die nur wenig Tendenz zur Heilung zeigten. Während eine ähnliche Verschwärung an der Oberlippe nach zwei Monaten auf Touchirungen mit Lapis zuheilte, währte der verheimlichte Ausschlag am Nacken ein volles Jahr. Vor zwei Jahren erkrankte die linke Nackenhälfte, wo sich noch grössere und tiefere Geschwüre ausbildeten; Heilung ohne Therapie im Sommer 1878. Anfangs November 1878 stellten sich Halsschmerzen ein, die auf Leberthran sich besserten. Vor acht Tagen klagte Patientin über Magenschmerzen, die bald nachliessen. Einige Tage darauf wurde die rechte Brustdrüse schmerzhaft.

Bei der Untersuchung der schlecht genährten und verwahrlosten Patientin fand man die linke Brustdrüse schlaff und welk, die rechte prall gespannt, vergrössert und von einer mässig gerötheten Haut bedeckt. Durch Befühlen, das bedeutende Schmerzen verursachte, gewahrte man in der Drüsensubstanz der kranken Seite eine eigrosse Schwellung, die bis gegen die Peripherie hin mit den zu Erbsengrösse und darüber verdickten Acinis zusammenhing. Die linke Parotisgegend unbedeutend geschwellt — was von der Patientin bisher ganz unbemerkt blieb. Am weichen Gaumen und an der hinteren Rachenwand verschieden grosse Narben erkennbar; der linke Arcus palato-glossus von einem frischen Infiltrate geröthet und gewulstet; links von der Uvula war ein Geschwürchen sichtbar. Der Kehldeckel wies links einen übernarbten Defect auf. In der Nackengegend theils pigment-

lose, theils noch pigmentirte zarte Narben in grosser Ausdehnung. Während die Schmerzen in der Brustdrüse auf Einreibungen mit Ung. ciner., dem Extract. Bellad. zugesetzt war, bald nachliessen, schwoll die linke Parotis schmerzhaft an, unter einem mässigen bis 38·6° C. hinanreichenden Fieber, das drei Tage anhielt. — Inunctionen von 2 Grm. Ung. cin. jeden 2. Tag; dieselbe Salbe wurde ausserdem noch über der Parotisgeschwulst eingerieben. Am 20. Jänner erweichte eine Stelle der Parotisgeschwulst. 21. Jänner. Auf eine Incision kam Eiter zum Vorschein; feuchtwarme Umschläge. 27. Jänner. Es floss nur noch klebriges Serum aus; die nunmehr (bis zum Schlusse der Behandlung) mit Jodtinctur bepinselte Parotisgeschwulst war noch so bedeutend, dass der Mund nur sehr wenig geöffnet und der weiche Gaumen local nicht behandelt werden konnte. Erst in der dritten Krankheitswoche trat merkliche Verkleinerung der Parotisgeschwulst ein und ermöglichte die Anwendung der Nasenrachendouche. Am 26. Februar, bis zu welchem Tage die locale Anwendung der grauen Salbe unausgesetzt beibehalten wurde, war in der Brustdrüse gar kein Infiltrat mehr nachweisbar, und auch die Geschwulst der Parotis schien nahezu ganz geschwunden. Bis zum 21. Februar hatte die Patientin, die ein blühendes Aussehen gewonnen hatte und ihre Kräfte täglich zunehmen fühlte, 18 Einreibungen zu 2 Gramm bekommen und erhielt von nun an 1 Grm. Jodkalium pro die. Am 27. Februar waren alle Krankheitssymptome geschwunden; nur das Infiltrat des linken Gaumenbogens hatte sich ein wenig vermindert. 5. März. Das letztgenannte Infiltrat unverändert; Inunctionen wieder aufgenommen.

Den 10. März 1879 wird die Kranke auf ihr dringendes Verlangen, von der Mastitis, Parotitis und dem Geschwürchen neben der Uvula geheilt, aber noch mit einem Infiltrate am linken Gaumenbogen entlassen, nachdem sie im Ganzen 48 Grm. Ung. cin. eingerieben und innerlich 7 Grm. Jodkalium genommen hatte.

Van Harlingen (32) berichtet über 3 Fälle jener seltenen, in Deutschland noch wenig bekannten syphilitischen Bicepscontractur, deren Wesen bislang noch völlig unaufgeklärt ist, da kein Symptom auf eine entzündliche Veränderung am Muskel und Nerven hindeutet. v. H. vermuthet den Sitz der Affection in der Sehne des Muskels. Seine Fälle betrafen sämmtlich Frauen und fielen in das 2. und 3. Halbjahr nach der Infection. In zwei Fällen war (wie gewöhnlich)

die linke Seite, in einem die rechte befallen; auch der Triceps war einmal ergriffen. Gewöhnlich concurrirten allgemeine Muskelschmerzen und Steifigkeiten, die während der Nacht exacerbirten; regelmässig wurde über Nackensteifigkeit geklagt. Der Winkel zwischen Ober- und Vorderarm schwankte zwischen 135° und 170°; Extension über diesen Punkt erzeugte lebhaften Schmerz an der Muskelinsertion. Die Affection begann schleichend und besserte sich langsam auf gemischte (J—Hg-) Behandlung; ein Fall entzog sich derselben. Unna.

Bei einem 18jährigen Schiffer, welcher wegen Magenbeschwerden unter fieberhaften Erscheinungen ins Altonaer Hospital aufgenommen worden war, entwickelten sich nach Henop's Berichte (33) im Spital die Zeichen secundärer Lues, welche durch eine Quecksilberschmierkur mit Erfolg behandelt wurden. 7 Monate später kehrte der Patient ins Krankenhaus zurück. Am Gaumen wurden wiederum Plaques muqueuses gesehen. Der Kranke fieberte (bis 40,6° C.), hustete und hatte wiederholentlich Durchfälle. Man fand über den Lungen Rasselgeräusche, zum Theil crepitirende, aber niemals Dämpfung. Nachdem sich die luetischen Erscheinungen anfänglich unter Gebrauch von Jodkalium zurückgebildet hatten, traten sie späterhin von Neuem auf und Patient ging nach 2 Monaten, nachdem noch eine linksseitige Pleuritis hinzugekommen war, zu Grunde. Bei der Section fand man beide Lungen von derben, weissen Knoten durchsetzt, welche bis Hühnereigrösse angewachsen waren. Nahe den Knoten und innerhalb derselben hatten sich peribronchitische Verdickungen ausgebildet. Bei mikroskopischer Untersuchung erwies sich das Gewebe der Knoten als aus Granulationsgewebe mit verstreuten Spindelzellen bestehend und frei von Riesenzellen. Auch in der Leber fand man einen Gummaknoten.

Ueber 2 Fälle von Syphilis pigmentosa berichtet Schwimmer (34). Bei einem früher arg vernachlässigten Syphilitiker traten, nachdem er eine 30tägige Injectionskur mit Erfolg durchgemacht, nach Aussetzen der Quecksilber- und nachherigen Jodkaliumbehandlung neben zahlreichen linsen- bis daumennagelgrossen dunkel gerötheten Flecken des Stammes und Gesichts, ausserdem einzelne, schmutzigbraune, unregelmässige Flecke an der rechten Thoraxhälfte auf, die keine vorausgegangenen erythematösen Veränderungen an denselben Stellen erkennen liessen. Allmälig nahmen — unter fortgesetztem Ge-

brauch von Jodkalium — auch die rothen Flecke dieselbe schmutzig-braune Färbung an, so dass ganze Hautpartien gleichmässig von letzterer eingenommen waren. Nach einer 4wöchentlichen Inunctionskur trat sichtbare Entfärbung an den meisten Stellen auf.

Im zweiten Falle trat bei einer 34jährigen Frauensperson von dunklem Hautcolorit die Pigmentsyphilis, gleichfalls als Recidiv, nach vorhergegangener specifischer Kur (Inunction) auf. Neben einem ausgebreiteten Erythem und kleinen röthlichen und bräunlichen Flecken zeigten sich Wangen- und Lippengegend ganz dunkel, die Kinngegend ungleichmässig verfärbt. Innerhalb 14 Tagen erschienen in der Nacken-, Brust- und Bauchgegend, sowie am Rücken weitere Colorationen von gleichmässigem, schmutzigem Braun, zwischen dem die normale Hautnarbe an netz- und inselförmigen Streifen sich abhob. Nirgends fand sich eine Spur von Erythem oder Hyperämie an den rasch braun gewordenen Stellen. Zu gleicher Zeit hatten sich Drüsenschwellungen und spec. Angiom entwickelt. Die Pigmentation ging auch hier nach einer längeren Einreibungskur zurück.

Nach dem Befunde von Huber (35) zeigte sich bei einer 22jährigen Syphilitischen, welche an einer allgemeinen Amyloiddegeneration der Unterleibsdrüsen gestorben war, die Intima des unteren Theiles der Aorta, sowie die der Art. cruralis durch zahlreiche, theilweise verkalkte Verdickungen eingenommen, welche nach unten allmälig zunahmen, so dass fast sämmtliche grosse und kleine Arterien der Unterschenkel und der Füsse in vollständig starre kalkige Röhren verwandelt waren, die stellenweise ectatisch, an anderen Stellen durch Verdickung der Wand und Thrombusbildung verschlossen waren. Auch die makroskopisch sichtbaren Arterien der rechten Niere waren in grosser Ausdehnung verkalkt, die Gehirn- und Herzarterien dagegen frei. Vf. nimmt bei der Abwesenheit anderer Ursachen als prädisponirendes Moment dieser nicht specifischen Arterienerkrankung die Syphilis an, und führt als ein ferneres Beispiel eine hochgradige Verkalkung der Gehirnarterien eines syphilitischen Mannes in der Mitte der dreissiger Jahre, bei Ausschluss von chronischem Alkoholismus, an.

Deahna beschreibt (36) folgenden Fall von hämorrhagischer Syphilis bei einer Neugeborenen:

Als das erste ausgetragene Kind einer Frau, welche einmal im

3. Monat abortirte, zweimal todte Früchte im 6. Monat zur Welt gebracht hatte, wurde ein Mädchen geboren, welches gesund erschien und so blieb bis zum 4. Tage, wo es unruhig wurde, die Brust nicht mehr nahm und kleine Blasen an den Füssen zeigte. Besonders auffallend war es, dass das Kind die Arme gar nicht bewegte und dieselben im Bade schlaff in das Wasser hängen liess.

Als Verf. das Kind am 6. Tage sah, war die Nabelschnur abgefallen, Hände und Füsse waren leicht ödematös. An beiden Fusssohlen lag an mehreren Stellen das Corium bloss, desgleichen an der rechten grossen Zehe. An den Fingern und der Nasenwurzel fanden sich Bläschen mit wasserhellem Inhalt, desgleichen an den Rändern der Ohrmuscheln; beide Arme waren gelähmt; die Beine konnten bewegt werden; die Athmung war frei; die inneren Organe erschienen gesund. Sublimatbäder. Am 7. Tage waren die Blasen an den Ohrmuscheln (Pemphigus) confluirt; neue Blasen waren anderwärts entstanden; an den älteren Blasen war der Grund geschwürig geworden. Am 8. Tage waren fast alle Blasen geplatzt, das Corium lag frei. Am 9. Tage bemerkte D. an den Lippen des Kindes dunkelschwarze Krusten, nach deren Abwaschen das Gewebe normal war; nur sickerte aus der Haut der Lippen und des Mundes fortwährend frisches Blut, das Blut kam auch aus mehreren von der Epidermis entblössten Stellen. Neue Bläschen waren nicht aufgetreten.

Am 10. Tage zeigten sich an beiden Unterschenkeln zahlreiche kleinere und grössere Ecchymosen, zwei kleine auch an der Conjunctiva des linken Auges; das rechte Knie war angeschwollen, das Kind schlief nicht, sondern schrie fortwährend.

11. Tag. Blutung aus dem Nabelhöcker und After. 12. Tag. Unaufhörliche Blutung aus dem Mund und aus allen erwähnten Stellen. Am 13. Tage erfolgte der Tod.

Verf. hebt hervor, dass die Angabe Behrend's (siehe diese Vierteljahrsschrift, pag. 509, 1878), die hämorrhagische Form der hereditären Syphilis betreffe vorwiegend Syphilis jüngeren Datums, durch den vorliegenden Fall nicht bestätigt werde.

Spontane Fractur wurde von Pellizzari (37) bei einem circa 22 Monate alten Kinde beobachtet, welches Lues von seiner Amme acquirirt hatte. Die Fractur betraf den rechten Radius, entsprechend dem unteren Diaphysenknorpel. Klinisch liessen sich daselbst Schwel-

lung, Biegsamkeit und grosse Schmerzhaftigkeit constatiren. Anatomisch: Discontinuität der Dia- und Epiphyse, bedingt durch „gelatinforme Degeneration“ (Parrot) des Knochens, dieselbe fehlte jedoch an der Ulnarseite, woselbst sich eine Knochenleiste befand, die Fractur war daher incomplet.

38. **van Harlingen.** Ein Fall von Knochensyphilis mit Pseudoparalyse und einem eigenthümlichen intermittirenden Larynxkrampf bei einem Kinde. (Philadelph. med. Times 11. Octob. 1879.)
39. **Parrot.** Die Knochenaffectionen bei hereditärer Syphilis. (The Lancet 1879, vol. I. p. 696. — Chir. Ctlbl. Nr. 5, 1880.)
40. **Glasgow.** Vererbte Nerven-Syphilis. (Philadelph. Medical Times 21. Juni 1879.)
41. **Grossmann.** Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda. (Pest. med. chir. Presse 13 u. 16, 1880.)

van Harlingen berichtet (38) über ein 3monatliches Kind syphilitischer Eltern, bei welchem in der 2. Woche nach der Geburt die bekannten Hautaffectionen auftraten, zu denen sich jedoch bald eine intensive Knochensyphilis gesellte. Es traten Verdickungen in der Gegend der Humerusköpfe auf, Lösung in der Epiphysenlinie zwischen oberer Epiphyse und Diaphyse des linken Humerus, Verdickungen beider Humeri in den unteren Partien, Beweglichkeit in den unteren Epiphysenlinien beider Radii und Ulnae, Verdickungen der Ossa carpi, Auftreibungen an den Femora und Tibiae, und ebenfalls solche an den Phalangen des rechten Fusses. Durch die Epiphysenlösungen wurden Lähmungserscheinungen (Pseudoparalysis) hervorgerufen. Die intermittirenden Laryngealspasmen, an welchen das Kind litt, schreibt der Vf. ebenfalls der Syphilis zu.

Die hereditäre Syphilis ergreift nach den von Parrot (39) gegebenen Darstellungen des Gegenstandes nächst der allgemeinen Hautdecke am häufigsten das Knochensystem, viel seltener die Muskeln und die Eingeweide. Nur in den seltensten Fällen ist das ganze Knochensystem erkrankt, am häufigsten erkrankt finden sich die Röhrenknochen der Extremitäten und die Kieferknochen, in zweiter Linie folgen die Schädelknochen, Rippen, das Schulterblatt und Darmbein, dann erst die Wirbel und Knochen der Hand und des

Fusses. Sind auch die Knochenveränderungen mannigfach in Form, Farbe, Consistenz etc., so lassen sich doch deutlich zwei Hauptformen unterscheiden, die der Atrophie und die der Hyperplasie. Die Atrophie tritt wieder in zwei Formen auf. Die erstere, welche P. die gelatinöse nennen möchte, befällt besonders die Knochen des Schädels und die langen Röhrenknochen. Hier zeigen im Beginne der Erkrankung die Knochen eine granat- bis rosenrothe oder citronen- bis maisgelbe Farbe; das Mark wird glänzend, durchsichtig, die Markzellen schwinden mehr und mehr, zuletzt bleibt nur ein vascularisirtes fibrilläres Netzwerk mit wässrigem Inhalte übrig. Wird das Knochengewebe selbst in den Bereich der Erkrankung mit hineingezogen, so wird es schnell decalcificirt, die spongiösen Lamellen schmelzen, und es entstehen Hohlräume, erfüllt mit einer „verändertem Marke" ähnlichen Masse. Die zweite atrophische Form, die chondro-calceröse, besteht darin, dass die normal 1 Mm. dicke chondro-calceröse Schicht zwischen Knorpel und Knochen (couche ossiforme Ranvier) mit unregelmässiger Begrenzung an Dicke ausserordentlich zunimmt, indem dieselbe, anstatt sich in Knochen umzuwandeln, knorplig bleibt; nur wird der Knorpel härter, und durch Niederschläge von Kalksalzen fester. Die Blutgefässe verschwinden und an Stelle der Osteoblasten erscheinen mehr oder wenig veränderte Knorpelzellen. Bisweilen tritt diese Veränderung nur an einzelnen Stellen im Centrum der spongiösen Lamellen auf. Beide Processe beeinträchtigen die Festigkeit des Knochens und können zu Fracturen führen, die zum Unterschiede von den bei Rachitis auftretenden Brüchen nicht in der Mitte der Knochen, sondern nahe der Epiphyse erfolgen. Durch Reizung der Bruchenden entstehen intra- und periostale Abscesse, ja durch weitere Fortleitungen selbst eitrige Entzündungen des anliegenden Gelenkes. Diese Fracturen können Paralysen vortäuschen, stets bleibt aber die elektrische Contractilität des Muskels erhalten.

Die zweite Hauptform der syphilitischen Knochenveränderungen möchte P. die osteophytische nennen und diese wieder, je nach der Festigkeit der gelieferten Produkte, in osteoide und rhachitische theilen. Letztere findet sich nur bei Kindern mit einem Alter über 5—6 Monate, erstere bei Kindern jeglichen Alters. Der osteophytische Process befällt mit Vorliebe den Oberarm, dann das Schienbein, in zweiter Reihe Femur und Ulna; sollte er das ganze Knochensystem ergreifen, so ist er an den zuerst genannten Knochen stets am extensivsten entwickelt.

In charakteristischer Weise befällt er am Oberarm den unteren Theil der Diaphyse, an der Tibia die innere, am Femur die vordere und äussere Fläche, an der Scapula die Fossa supra- und infraspinata, am Darmbeine die äussere Fläche. An den übrigen Knochen wechselt der Sitz der Osteophyten, doch treten sie am liebsten an der Partie der Diaphyse auf, welche ein langsameres Wachsthum zeigt, z. B. am oberen Ende der Ulna und des Radius. Die Osteophyten bestehen aus einem mehr oder minder regelmässigen und reichlichen Balkenwerk, das senkrecht zur Diaphyse angeordnet ist; die mit Kalksalzen imprägnirten Balken unterscheiden sich vom Knochengewebe durch eine mehr gelbliche oder rosige Farbe, sind brüchiger und leichter zu schneiden; mikroskopisch zeigen sie keine Structur des Knochengewebes; es fehlen die Knochenkörperchen; dafür sieht man drei- oder vieleckige, sternförmige, anastomosirende Gebilde, die an Bindegewebskörper erinnern. Bei der „rhachitischen" Form, die selten vor dem sechsten Lebensmonate auftritt, bestehen die Osteophyten aus spongioidem (Guérin, Broca) Gewebe von weissem bis gelblichem Aussehen, sie sind wenig vascularisirt und enthalten wenig Mark. Zwischen beiden Formen finden mannigfache Uebergänge statt. Die Folge dieses Processes: Entkalkung, lamellöse und spongioide Umwandlung, sind geringere Festigkeit des Knochens, und von dieser wieder Verbiegungen, partielle oder complete Fracturen, Formveränderungen der Extremitäten, der Wirbelsäule und des Brustkorbes; als functionelle Störungen ergeben sich Schwäche der Extremitäten, besonders beim Gehen, und Erschwerung der Athmung.

Am Schädeldache ist die gelatinöse Degeneration ausserordentlich selten, tritt nur bei ganz jungen Kindern auf und scheint schon intrauterin zu beginnen; sie setzt stets peripherisch ein und geht nur bei rapider und sehr intensiver Degeneration in die Tiefe. Die Osteophytenbildung der älteren Kinder (ein oder zwei Monate nach der Geburt, (siehe denselben Autor, diese Vierteljahrssch. 1879, pag. 490) beginnt um die kleine Fontanelle, sehr selten am Os tempor., Occiput oder dem Arc. supraorbit. Die linsenförmigen Erhebungen von rother, violetter, selbst grauer Farbe sind meist spongiös, selten glatt und hart, wachsen in immer grösserer Zahl und entstehen zuletzt an der Protuberantia front. und pariet.; schliesslich kann das ganze Schädeldach mit Osteophyten bedeckt sein. Hand in Hand mit dieser Osteophytenbildung geht die Verknöcherung der Kopfknochennäthe mit ihren Folgen.

Die spongioide Degeneration bewirkt am Schädel die Ausbildung eines Plagiocephalus und der Craniotabes, welche Formen beide ohne hereditäre Syphilis vorkommen können, aber in ihrer prägnantesten Weise durch dieselbe bewirkt werden.

Glasgow berichtet (**40**) über einen Fall von vererbter Nerven-Syphilis bei einem 11jährigen Knaben, der nach vorhergegangener Masern- und Scharlacherkrankung an krampfhaften Zuckungen der Muskeln des Gesichtes und der Extremitäten, an Gedächtnissschwäche und Kopfweh litt. Aus dem Vorhandensein der Hutchinson'schen Zahnkerben und aus dem Schwunde der krankhaften Erscheinungen nach dem Gebrauche von Jodkalium zieht er den Schluss, dass hier eine vererbte nervöse Syphiliserkrankung vorlag. Schiff.

Grossmann beschreibt (**41**) einen Fall von Syphilis hereditaria tarda. Ein 7jähriges, schwaches und anämisches Mädchen erkrankte im Februar 1878 zuerst an einem Mastdarmknoten. Der Knoten wurde mit der Scheere entfernt. Diese und noch eine zweite Operation verliefen ohne Erfolg, so dass Pat. am 12. December 1878 ins Kinderspital transferirt wurde. Nebst diesem Zustande litt Pat. noch an einem ausgebreiteten, torpiden, serpiginösen Geschwüre an der Innenfläche des rechten Unterschenkels, das zur Zeit der Aufnahme ins Spital bereits seit sieben Monaten bestand und jeder Behandlung trotzte. Gegen die Geschwüre des Mastdarmendes kam der Paquelin'sche Thermokauter in Anwendung und das Unterschenkelgeschwür ward ausgeschabt und antiseptisch verbunden. Im Verlaufe der Behandlung wurde noch ein grösserer periproktaler Abscess und eine hieraus entstandene Mastdarmfistel eröffnet. Pat. wurde nach 1½monatlicher Behandlung gebessert entlassen. Zu Hause brachen sämmtliche, hie und da vernarbte Geschwüre auf und Patientin war schon nahe der Erschöpfung, als der Verf. Inunctionen mit rothem Quecksilberoxyd (0,50 : 10,0) anwendete und nach Verbrauch von 6 Grm. rothen Präcipitates einen solch auffälligen Erfolg erzielte, dass sämmtliche Geschwüre vollkommen und weich vernarbten. (Die für die hereditäre Natur der Affection vom Verf. angeführten anamnestischen Daten lassen diese Diagnose nicht als sicher erscheinen. A.)

42. **Max Zeissl**: Ein Beitrag zur Lehre von der hereditären Syphilis. (Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 50 u. 51, 1879.)

43. **Herm. Zeissl.** Zur Lehre über die Vererbung der Syphilis. (Wiener med. Wochenschrift Nr. 4 u. 5, 1880.)

44. **Wolff.** Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis. (Centralbl. f. Chir. Nr. 32, 1880.)

45. **Vajda**: Kann die während der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind in utero übertragen werden? (Sitzung d. Wiener Ges. d. Aerzte am 19. Dec. 1879 — Wiener med. Wochenschr. Nr. 30, 31, 32, 1880).

46. **Kassowitz**: Derselbe Gegenstand. (Sitzung der Wiener Ges. d. Aerzte vom 2. Jänner 1880 — Wiener med. Blätter Nr. 1880.)

M. Zeissl weist darauf hin (**42**), dass eine die Vererbung der Syphilis betreffende Frage bis jetzt noch nicht gelöst erscheine, nämlich die folgende: Wird das Kind eines zur Zeit der Zeugung gesunden Elternpaares syphilitisch, wenn die Mutter erst während der Schwangerschaft Syphilis acquirirt?

Kassowitz läugne die Möglichkeit der infectio in utero, weil das Contagium der Syphilis stets an ein Gewebselement des kranken Organismus gebunden sei, und daher nur mit diesem Elemente (bei der Infectio in utero den Blutkörperchen) übertragen werden könne; da die Blutkörperchen durch die Placenta nicht durchgehen könnten, sei eine Uebertragung unmöglich. Z. ist jedoch von der Möglichkeit der infectio in utero überzeugt, und theilt einen solchen in der That sehr beweiskräftigen Fall mit, welcher zugleich die von Kassowitz für die wissenschaftliche Sicherstellung eines solchen Falles nothwendig erkannten Bedingungen erfüllt. Diese sind die folgenden:

1. „Muss die Gesundheit des Vaters zur Zeit der Zeugung erwiesen sein."

2. „Muss die Gesundheit der Mutter zur Zeit der Conception feststehen, also die Zeit der Infection genau bestimmbar sein. Letzteres ist nur möglich, wenn entweder der Primärffect selbst, oder wenigstens der erste Ausbruch der allgemeinen Symptome im Verlaufe der Schwangerschaft von dem Beobachter gesehen worden ist."

3. „Die Syphilis des Kindes muss durch unzweideutige Zeichen erwiesen sein. Frühgeburt desselben, Absterben im Uterus, schwächliche Constitution bei der Geburt, baldiger Tod ohne vorhergegangenen Ausbruch der syphilitischen Erscheinungen genügen noch keineswegs zur Annahme der Syphilis bei der Frucht."

Der von Z. beobachtete Fall ist der folgende: Am 20. August 1877 stellte sich ein 36 Jahre alter und seit zwei Jahren verheirateter Mann vor. Am 15. Juli 1877 hatte er seine Frau, welche so wie er bisher stets gesund gewesen war, verlassen; dieselbe war damals im zweiten Monate ihrer ersten Schwangerschaft, Herr X. hatte sich einer Geschäftsreise halber nach Wien begeben. Am 24. Juli hatte er einen ausserehelichen Beischlaf ausgeübt, und die ersten Tage nach demselben keine krankhafte Veränderung an seinen Geschlechtstheilen beobachtet. Ungefähr am 21. Tage nach dem erwähnten ausserehelichen Beischlafe hatte er ein kleines Knötchen am inneren Blatte der Vorhaut bemerkt, dasselbe zerfiel allmälig. Bei der Untersuchung fand sich am inneren Vorhautblatte ein mässig eiterndes, $^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltendes, mit derben Rändern und harter Basis versehenes Geschwür. Die Diagnose wurde auf syphilitische Initialsklerose gestellt, und da noch keine consecutiven Erscheinungen vorlagen, örtlich ein adstringirendes Verbandwasser angewendet und sonst exspectativ vorgegangen. Am 23. September zeigte sich ein maculo-papulöses Syphilid und eine leichte Angina catarrhalis specifica. Diese Symptome schwanden unter einer zweckentsprechenden Jodkali-Therapie bis zum 29. October 1877 fast vollständig, nur war die zerfallene syphilitische Initialsklerose noch nicht ganz überhäutet und fühlte sich dieselbe noch ziemlich hart an. Herr X. begab sich in seine Heimat, um seine Frau von dort nach Wien zu bringen, wo sie ihrer Niederkunft entgegen sehen sollte. Trotz eindringlicher Warnung führte der noch kranke Gatte mit seiner Frau den Beischlaf aus und stellte er anfangs December 1877 seine Frau mit einer deutlichen syphilitischen Initialsklerose am linken kleinen Labium vor. Die Frau stand damals im 7. (Solar-) Monate ihrer Schwangerschaft. Ende December war die Frau mit einem grossmaculösen Syphilide behaftet und wurde, da sich bei Schwangeren die Syphilis sehr langsam involvirt, eine mercurielle Einreibungskur eingeleitet. Am 14. Februar 1878 gebar die Frau an normalem Schwangerschaftsende ein lebendes reifes Mädchen, an welchem sich am 11. Tage nach der Geburt eine Variola syphilitica an beiden Fusssohlen und in den Zwischenflächen der Zehen und ein maculo-papulöses Syphilid an dem übrigen Körper entwickelte. Trotz einer energischen mercuriellen Therapie starb der Säugling nach wenigen Tagen. Eine Nekroskopie wurde von Seiten der Eltern nicht zugegeben. Nach dem Vf. steht nun erstens die Gesundheit des Vaters zur Zeit

der Zeugung fest. Nach Angabe der Frau war sie das letzte Mal am 5. Mai menstruirt gewesen. Wenn zu jener Zeit, wo die Zeugung des Kindes stattfand, der Mann latent syphilitisch gewesen wäre, so hätte er nicht schon wenige Wochen später wieder neue Syphilis acquiriren können, denn die Erfahrung lehrt, dass in so kurzen Zeiträumen eine neue Infection mit Syphilis nicht zu erfolgen pflegt. Aus denselben Gründen ergibt sich, dass die Mutter zur Zeit der Conception gesund gewesen sein muss, weil das Auftreten der primären und der ersten consecutiven Erscheinungen während der Schwangerschaft beobachtet wurde.

Dass das Kind an hereditärer Syphilis litt, zeigte erstens die Form des Exanthems Variola syphilitica (Pemphigus syphiliticus), die ja beinahe charakteristisch für angeborene Syphilis ist, zweitens das Fehlen eines Primäraffectes, und drittens, dass überhaupt das Kind gar keine Zeit gehabt hätte, die Syphilis extra uterum zu erwerben, da schon am 12. Tage nach der Geburt deutliche Zeichen der allgemeinen Syphilis an dem Kinde zu bemerken waren.

Es steht durch diesen Fall also fest, dass, wenn beide Eltern zur Zeit der Zeugung der Frucht gesund waren, in einzelnen Fällen das Kind doch syphilitisch werden kann, wenn die Mutter erst im Verlaufe der Schwangerschaft mit Syphilis inficirt wird. Vf. will nur noch bemerken, dass die Frau nach normalem Verlaufe des Wochenbettes eine Iritis specifica überstand, und im Juli 1878 sich Gummata in der Haut der Unterschenkel entwickelten. Im Juli 1878 und Februar 1879 abortirte die Frau, das eine Mal im dritten, das andere Mal im zweiten Monat der Schwangerschaft. Seit Juli 1879 befindet sie sich sowie ihr Mann ganz wohl. Die Frau war, nachdem sie das Wochenbett verlassen hatte, einer Jodkali- und später einer Zittmannschen Kur unterzogen worden.

Nach den vorliegenden Erfahrungen glaubt der Vf. für die Modalität der Vererbung der Syphilis folgende Sätze annehmen zu können:

1. Ist eines der Eltern zur Zeit der Zeugung des Kindes syphilitisch, so kann das Kind syphilitisch werden.

2. Es gibt Fälle, in denen syphilitische Eltern, selbst während recente Syphilis-Formen an ihnen zu constatiren sind, gesunde Kinder zeugen.

3. Wenn eine zur Zeit der Zeugung gesunde Mutter ein von seinem Vater her hereditär-syphilitisches Kind zur Welt bringt, so ist

die Mutter zum mindesten latent syphilitisch, weil noch nie beobachtet wurde, dass eine Mutter, die ihr hereditär-syphilitisches Kind säugte, von diesem inficirt worden wäre.

4. Waren beide Eltern zur Zeit der Zeugung gesund und acquirirt die Mutter erst während der Schwangerschaft Syphilis, so kann das von der Zeugung her gesunde Kind doch syphilitisch werden. In einem je späteren Schwangerschafts-Monate die Infection der Mutter erfolgt, um so wahrscheinlicher ist es, dass das Kind gesund bleibt, weil das Contagium der Syphilis eine kürzere Spanne Zeit hat, um auch auf das Kind einzuwirken.

5. Je recenter die Syphilis der Eltern, umso wahrscheinlicher ist die Infection des Kindes, und um so schwerer pflegen die Formen der Syphilis des Kindes zu sein. Gewöhnlich werden die Kinder todt oder mit einem Syphilide behaftet geboren.

6. Ist die Syphilis in den Eltern nur mehr latent vorhanden, so pflegt die Syphilis am Kinde sich erst längere Zeit nach der Geburt desselben zu entwickeln. Schwerere Formen sind dann seltener, fehlen aber auch dann an den Kindern solcher Eltern nicht.

Mit Berufung auf den obigen Fall und auf eigene Erfahrungen constatirt Zeissl sen. (43), dass eine zur Zeit der Zeugung gesunde Mutter, wenn sie von einem luetischen Gatten befruchtet wird und ein vom Vater her syphilitisches Kind in utero trägt, fast ausnahmslos selbst luetisch werde. Es sei jedoch schwierig zu entscheiden, ob die Frau durch das Sperma des Mannes oder durch den Placentarkreislauf vom syphilitischen Fötus aus inficirt wird. Verf. habe öfters beobachtet, dass Männer mit recenter, aber latenter Syphilis ihre früher gesunden Frauen durch das Sperma inficirten, ohne sie zu schwängern; doch scheint es wahrscheinlicher, dass die meisten derartigen Infectionen der Mutter durch den Placentarkreislauf erfolgen.

Die Ansichten, welche Wolff (44) nach 17 eigenen und 28 in der Strassburger Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis beobachteten Fällen in Bezug auf die paterne Infection aufstellt, sind folgende: In jedem Falle, in welchem die Mutter syphilitisch ist, wird das Kind ebenfalls syphilitisch geboren, oder es erfolgt ein Abort. Ist der Vater syphilitisch und die Mutter bleibt gesund, so werden die Kinder gesund geboren und bleiben gesund. Verf. läugnet die

paterne Infection vollständig; er will niemals ein hereditär syphilitisches Kind gesehen haben, an dessen Mutter er nicht mehr oder minder ausgeprägte Zeichen von Lues fand, oder welche nicht zugab, syphilitisch gewesen zu sein. Ricord's Choc en retour und v. Baerensprung's Infection durch Zeugung entbehren nach Verf. der thatsächlichen Begründung; eben so sei die in Folge paterner Erkrankung erst nach Jahren auftretende „tardive hereditäre Syphilis“ noch vollständig unbewiesen.

Bei dem innigen Zusammenhange, welcher zwischen Mutter und Kind während des Fötallebens besteht und bei der eminenten Contagiosität der Lues erscheint es v. Vajda (45) von vorneherein unwahrscheinlich, dass die syphilitische Infection lediglich und stets nur auf die Mutter beschränkt bleibe. Vajda findet es natürlich, dass die überwiegende Mehrzahl der Autoren seit jeher der Ansicht huldigte, dass eine Uebertragung des syphilitischen Contagiums von der Mutter auf das Kind (in utero) auch nach der Conception wohl möglich ist.

Unnatürlich, unlogisch scheint es ihm, wenn manche Autoren behaupten, dass die grosse resorbirende Fläche der Placenta zur Aufnahme des syphilitischen Giftes nicht genüge; während eine immens kleine Stelle der Haut dem luetischen Contagium durch einen unvergleichlich kleineren Zeitraum (als dies bei der Placenta der Fall ist) ausgesetzt, zur Infection ausreiche, wie die Erfahrung tagtäglich lehrt.

Die in der Literatur vorfindlichen Benennungen für den in Rede stehenden Infectionsmodus findet V. unpassend; er schlägt daher im Sinne Augerius Ferrierius die Bezeichnung „post conceptionell-humorale Infection“ vor.

Die Negation der Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection führt V. hauptsächlich auf zwei Gründe zurück: in früherer Zeit hat man sie geläugnet, weil man sich die Sache nicht recht erklären konnte und weil man über das syphilitische Gift, die Art und Weise der Infection noch mangelhaftere Kenntnisse besass, als dies z. B. heute der Fall ist, wofür V. mehrere Beispiele aus der älteren Literatur anführt.

In neuerer Zeit — nachdem die so wichtige Vermittlerrolle des Blutes (in Bezug auf die syphilitische Ansteckung) bekannt wurde, finden sich wohl auch Autoren, welche die Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection in Zweifel ziehen. Der Grund hiefür ist

aber nach V. darin zu suchen, dass man bei der Beobachtung der hieher gehörigen Fälle nicht mit der nöthigen Vorsicht zu Werke ging, dass man schon auf Grund einer beschränkten Anzahl von Beobachtungen — also voreilig Schlüsse zog, auch ist es nicht ohne Beispiel, dass man beide Fehler zugleich beging.

Einer eingehenden Analyse werden hierauf die 4 Beobachtungen von Mandron (1856) und der Fall von Hennig gewürdiget, welche als Belege für die vielerwähnte Intransmissibilität gelten, welche V. jedoch für nicht beweisend erklärt. Bei Gelegenheit der Besprechung der von Bärensprung angeführten 14 Fälle weist V. auf die Rosen'sche Statistik hin, wonach nahezu 10% der Fälle von Syphilitis hereditaria sich erst nach Ablauf von drei Monaten als solche manifestirten; also entsprechend lang war die Beobachtungsdauer in den B.'schen Fällen nicht, abgesehen von anderen Mängeln, welche er ebenfalls bespricht und durch Beispiele illustrirt. Kassowitz's Beobachtungen (1875) sind noch weniger zahlreich. V. erscheint es unstatthaft, dass man auf Grund von sechs negativen Fällen (so viel enthält K.'s Schrift) die Möglichkeit des Vorkommens der post conceptionell-humoralen Infection des Fötus für Tausende von Fällen läugnet.

Nach einigen berichtigenden Worten betreffs der Pick'schen 61 Beobachtungen, deren mehrere Fälle betreffen, wo während der Schwangerschaft inficirte Mütter luetische Kinder zur Welt brachten, wendet sich V. an die Bedingungen der Beweiskraft der Beobachtungen in der vorliegenden Frage, und erörtert ausführlich, dass zur Constatirung des syphilisfreien Zustandes der Eltern die von Kassowitz eingehaltene Methode einer auf Kopf, Hals, Arme und Schienbeine beschränkten, die Genitalien nur ausnahmsweise umfassende Untersuchung nicht genüge. Fälle dagegen, wo der syphilisfreie Zustand der Eltern zur kritischen Zeit mehr indirect durch Inoculabilität erwiesen ist, sind schon in der Literatur verzeichnet, nur bekannt sind sie wenig. (Doepp 1839, Chabalier 1864, de Meric.)

Diese indirecte Methode hält nun V. für eine viel zweckmässigere und theilt schliesslich einen analogen Fall aus eigener Beobachtung mit, wo die Mutter noch kurz vor der Erkrankung auf Lues untersucht und nach genauer Untersuchung — so weit dies eben constatirbar ist — syphilisfrei befunden wurde. Der Vater hatte die Lues — als die Frau schon im 4.—5. Monate schwanger war — acquirirt und dieselbe im 7. Graviditätsmonate der Gattin mitgetheilt, worauf

letztere noch während der Dauer der Schwangerschaft einen harten Schanker bekam. Der Vater zeigte die allgemeinen Symptome, ein lenticulär-maculöses (dann papulöses) Syphilid, genau nach der 7. Woche post coitum infect. Die Mutter bot erst nach Ablauf der Schwangerschaft Papeln an den Tonsillen und das Kind Papulae, Psoriasis, Plaques 7 Wochen p. part. dar, das Kind wurde auch auf die Eventualität einer Extrauterininfection hin untersucht und solche dann ausgeschlossen.

V. hält dafür, dass schon nach diesem einzigen, von ihm beobachteten Falle die Möglichkeit der post conceptionell-humoralen Infection keinem Zweifel unterliege, mit anderen Worten, es sei anzunehmen, dass die während der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind (in utero) übertragen werden kann. Ueberdies sei die durch die Erfahrung und durch ein Experiment Caspary's sichergestellte Thatsache, dass die Mütter syphilitischer Kinder, wenn sie scheinbar gesund geblieben, gegen das syphilitische Contagium unempfänglich seien, ein Beweis dafür, dass solche Mütter nicht als gesund, sondern als latent syphilitisch betrachtet werden müssen, und somit sei auch die post conceptionell-humorale Infection der Kinder von diesen Müttern her nicht ausgeschlossen.

Zu dem eben referirten Vortrage von Vajda bemerkt Kassowitz: (46) Er könne sich nicht auf jenen einzelnen Fragepunkt beschränken, welchen Vajda aufgeworfen hat, nämlich auf die Frage nach der Möglichkeit der intrauterinen Infection des von der Zeugung her gesunden Fötus durch die erst im Verlaufe der Schwangerschaft syphilitisch gewordene Mutter vermittelst der placentaren Säftezufuhr, weil diese Frage, losgelöst von den übrigen Fragen, welche sich an die Vererbung der Syphilis knüpfen, nicht zu beantworten sei.

Es handle sich nämlich darum, ob die Syphilis zu denjenigen Infectionskrankheiten gehöre, welche wie die Variola und einige andere acute Exantheme, nur durch diese Saftströmung dem Fötus übermittelt werden und denselben im Verlaufe der Schwangerschaft krank machen können; oder ob dieselbe in der Weise vererbt werde, wie andere constitutionelle Krankheiten, oder wie Geisteskrankheiten, Epilepsie, deren Uebertragung offenbar nur durch die Spermazelle oder das mütterliche Ei stattfinde, und bei denen eine Uebertragung durch die placentare Saftströmung ausgeschlossen sei.

Um zur Entscheidung darüber zu gelangen, müsse vor Allem die ganz concrete Frage auf dem Wege der Beobachtung entschieden werden, ob es beobachtet wurde, dass **Frauen, welche selbst frei von Syphilis sind, von einem syphilitischen Manne hereditär syphilitische Kinder gebären.** Die Frage sei nun auf Grund vollbrachter eigener Beobachtungen und in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl sämmtlicher anderer Beobachter zu bejahen. Namentlich in Findelanstalten sei es sehr häufig, dass die gesunden Mütter gleichzeitig mit ihren hereditär-syphilitischen Kindern durch längere Zeit beobachtet werden. **Bednár** habe in der Wiener Findelanstalt 99 Fälle beobachtet, in späteren Berichten derselben Anstalt finden sich 166 derartige Fälle verzeichnet. Dadurch sei also die Uebertragung der Syphilis vom Vater auf die Frucht auf dem Wege der inficirten Spermazelle sichergestellt, und auch die ovuläre Uebertragung von Seite einer kranken Mutter — unabhängig von der placentaren Infection — im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht.

Es wird nun weiter die Frage aufgeworfen, ob solche Mütter auch späterhin gesund bleiben, oder ob sie dadurch, dass sie einen syphilitischen Fötus während der Schwangerschaft ernährt und mit ihm die Säfte ausgetauscht haben, das syphilitische Gift in sich aufnehmen und auf dem Wege der Retroinfection syphilitisch werden.

K. constatirt nun, dass er, ebenso wie eine grosse Anzahl von anderen Beobachtern, durch jahrelange Controlirung des Gesundheitszustandes solcher Mütter zu der Ueberzeugung gelangt sei, dass dieselben auch nach wiederholten syphilitischen Geburten dauernd frei von jedem syphilitischen Symptome geblieben seien.

Ausserdem spreche für die Gesundheit dieser Frauen auch der wichtige Umstand, **dass dieselben, wenn die Vererbung von Seite ihres Gatten wegfällt, sofort gesunde Kinder zur Welt bringen können**, während Individuen, welche erst in den letzten Jahren syphilitisch geworden sind, wenn ihre Krankheit nicht durch energische Merkurialkuren bekämpft wurde, nicht nur unter allen Umständen syphilitische, sondern auch immer schwer afficirte Kinder zur Welt bringen, welche ihrer Krankheit entweder schon im Mutterleibe erliegen, oder auch frühzeitig, lebend aber nicht lebensfähig geboren werden. Die nicht von aussen her inficirten Mütter syphilitischer Kinder gebären aber trotzdem gesunde Kinder: 1. wenn die Vererbungsfähigkeit des Gatten durch die lange Dauer der Krankheit

aufhört; 2. wenn dieselbe durch eine energische Kur bei dem Gatten allein unterdrückt wurde; 3. wenn die Frauen eine zweite Ehe mit einem gesunden Manne eingegangen sind. Sie erweisen sich also auch in dieser Richtung als frei von Syphilis.

Der Vortragende bespricht nun auch die Immunität solcher Frauen gegen eine äussere Infection mit Syphilis, welche sich namentlich durch die Unschädlichkeit des Säugens ihrer Kinder documentire, selbst wenn diese geschwürige Affectionen an den Lippen und an der Mundschleimhaut aufweisen, und welche auch neuerdings durch einen erfolglosen Impfversuch bestätigt wurde, den Caspary an einer Mutter angestellt habe, welche, obwohl sie eine syphilitische Frucht geboren hatte, dennoch frei von allen syphilitischen Erscheinungen geblieben war. Eine solche Immunität scheine also wirklich vorhanden zu sein. Aber die Immunität gegen eine Infectionskrankheit ist noch nicht diese Infectionskrankheit selbst. Ein Vaccinirter z. B. ist einige Zeit hindurch immun gegen Variola, ohne jemals Variola gehabt zu haben. Es seien auch Fälle bekannt, wo die erfolgreiche Vaccinirung einer Schwangeren auch die Immunität der Kinder gegen Vaccine zur Folge gehabt habe (Anderhill 1874), und Rickert habe sogar sämmtliche Lämmer von 700 Schafen, welche er mit Ovine während der Trächtigkeit geimpft habe, immun gegen die Ovine gefunden. Hier müsse sich also ein immun machendes Agens von der vaccinirten Mutter durch die placentare Saftströmung dem Fötus mitgetheilt haben, und dieser sei immun geworden, ohne selbst eine Vaccinepustel gehabt zu haben. Es sei also immerhin denkbar, dass sich von dem syphilitischen Fötus das immun machende Agens durch den placentaren Säfteaustausch den Säften der Mutter mitgetheilt und diese gegen die Syphilis immun gemacht habe, ohne dass das Gift selbst in den mütterlichen Organismus eingedrungen sei und diese krank gemacht habe. Denn da man an einem solchen Individuum kein Symptom der Syphilis gefunden hat, und dasselbe auch gesunde Früchte zur Welt bringt, sobald die väterliche Vererbung wegfällt, so müsse es als nicht syphilitisch betrachtet werden; und da andererseits das Gift sicherlich im Fötus schon während der Schwangerschaft vorhanden sei, so müsse man annehmen, dass dieses Gift die Scheidewände zwischen dem fötalen und mütterlichen Gefässsysteme in der Richtung vom Fötus zur Mutter nicht überschreiten könne.

Es fragt sich nun, ob das Gift diese Scheidewände in

umgekehrter Richtung passire. Dies wäre der Fall, wenn constatirt wäre, dass beide Eltern zur Zeit der Conception noch gesund waren, die Frau im Verlaufe der Schwangerschaft syphilitisch wurde, und dennoch ein hereditär-syphilitisches Kind geboren wurde. K. erklärt nun, dass er in der ganzen Literatur keinen einzigen Fall gefunden habe, welcher allen Anforderungen entspreche, weil fast in allen diesen Fällen über den Zustand des Vaters zur Zeit der Geburt gar nichts bekannt sei, die Zeit der Infection der Mutter nur sehr selten wirklich bekannt, und häufig sogar die Syphilis der Kinder durchaus nicht sichergestellt gewesen sei. Dagegen war es zweifellos, dass in vielen solchen Fällen gesund bleibende Kinder geboren werden. Die meisten Autoren, welche die intrauterine Infection annehmen, geben ausdrücklich zu, dass in vielen Fällen auch von solchen, während der Schwangerschaft inficirten Frauen gesunde und gesund bleibende Kinder geboren werden (Bertin, Rosen, Diday). Directe Beobachtungen werden von Hennig und in grosser Zahl von Baerensprung mitgetheilt. Auch Pick und v. Ritter haben gefunden, dass Frauen mit frischen Formen allgemeiner Syphilis gesunde Kinder geboren haben. Daraus musste man nun schliessen, dass wenigstens in vielen Fällen das syphilitische Gift auch von der Mutter zum Fötus nicht übergehe, und es war der Schluss gestattet, dass die Syphilis überhaupt nur auf dem Wege der Vererbung durch die vergifteten Fortpflanzungszellen auf die Nachkommen übergehe, und dass das Gift die Scheidewände zwischen dem fötalen und mütterlichen Kreislaufe nach keiner Richtung hin überschreite.

Damit stimmte auch die später bekannt gewordene Beobachtung Bollinger's, dass die Milzbrandbacterien gleichfalls von dem trächtigen Thiere nicht in das Blut des Fötus übergehen, weil dieses weder Bacterien enthält, noch sich als giftig bei der Ueberimpfung erwies.

Der Fall von Vajda, welcher die placentare Infection der Frucht erweisen soll, sei aus dem Grunde nicht verwendbar, weil die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis bei der Mutter erst nach der Entbindung zum Vorschein kamen. Dagegen würde ein von Zeissl junior mitgetheilter Fall (siehe oben) allerdings eine solche Infection beweisen, es sei dies aber bis jetzt der einzige solche Fall, und es sei daher nicht gestattet, aus demselben weitgehende Schlüsse zu ziehen. Vielmehr könnten diese ausserordentlich wichtigen Fragen nur durch syste-

matische combinirte Beobachtungen an den Gebäranstalten, syphilitischen Abtheilungen und Findelhäusern endgiltig gelöst werden.

47. **Sperk.** Zur Syphilis-Statistik der weiblichen Bevölkerung von St. Petersburg. (Petersb. med. Wochenschr. III. 14 bis 19. 1878.)

48. **v. Sigmund.** Ueber die allgemeine Behandlung Syphilitischer während der ersten Periode der Erkrankung. (Wiener med. Wochensch. Nr. 16—18, 1880.)

49. **v. Sigmund.** Zur Behandlung der Psoriasis palmaris und plantaris syphilitica. (Wiener med. Wochenschr. Nr. 41, 1879.)

50. **Krówczyński.** Ueber das Verhalten der Syphilitischen bei der Einreibungskur. (Przegląd lekarski Nr. 1, 2, 3, 4, 1879.)

51. **Grefberg.** Ueber die subcutane Behandlung der Syphilis mit Bicyanuretum Hydrargyri. (Akad. Abh. Stockholm 1879.)

52. **Güntz.** Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanuretum Hydrargyri bei syphilitischen Erkrankungen. (Wiener med. Presse Nr. 12—19, 1880.)

53. **Reumont.** Chrysophansäure (Chrysarobin) bei der Behandlung von Syphiliden. (Chir. Ctlbl. Nr. 3, 1880.)

54. **Mosengeil.** Derselbe Gegenstand. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 22, 1879.)

55. **Lewin.** Ueber die Wirkung des Pilocarpins im Allgemeinen und auf die syphilitischen Processe im Besonderen. (Charité-Annalen, V. Jahrg., 1880.)

56. **Martin und Oberlin.** Versuche mit Sulfas Cupri gegen Syphilis. (Gaz. méd. 10. April 1880.)

57. **Güntz.** Ueber den Einfluss der russischen Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers bei Quecksilberkranken. (Dresden 1880.)

Sperk hat (47) als Vorstand des Krankenhauses für syphilitische Weiber in St. Petersburg und unter Berücksichtigung der Polizeiacten über die unter Controle stehenden öffentlichen Frauenzimmer folgende auf statistischen Daten beruhende Punkte aufgestellt:

1. Ueberall bei dem jetzigen Zustande der polizeiärztlichen Comités kann nur eine unbedeutende Anzahl Frauenzimmer, die sich mit

Prostitution abgeben, der polizeiärztlichen Controle unterzogen werden. In St. Petersburg sind in dieser Beziehung günstigere Erfolge erzielt worden als in Paris und Berlin, aber minder günstige als in Brüssel und in Hamburg.

2. Die Anzahl öffentlicher Prostituirter (in Bordellen und einzeln lebender) kann im Verhältniss zur Masse der männlichen Bevölkerung, besonders der Frauenlosen in St. Petersburg nicht als ausreichend bezeichnet werden.

3. In St. Petersburg, wie überall, findet ein ziemlich reger Austausch des Personalbestandes zwischen der öffentlichen und geheimen Prostitution statt.

4. Die Mehrzahl der Frauenzimmer entzieht sich der ärztlichen Controle während der ersten 4 Jahre ihrer Laufbahn.

5. Unter den Personen, welche neu registrirt werden, befindet sich ein bedeutender Procentsatz Solcher, welche in den vorhergehenden Jahren sich der Aufsicht entzogen hatten.

6. Alle Prostituirten, wenn sie 3 Jahre lang ihrem Gewerbe nachgegangen sind, pflegen nach dem Verf. an Syphilis zu erkranken. In jedem Bezirke traf man Bordelle mit einer sehr verschiedenen Zahl syphilitischer Personen; die Zahl derselben war nach den angestellten Erhebungen sehr schwankend bis zu fünf auf zehn Personen; in einzelnen Bordellen kamen sieben und acht Syphilitische auf zehn Mädchen. Es gab aber kein Bordell, in dem alle Prostituirten inficirt waren.

In jedem Bezirke gab es eine grössere Zahl von Bordellen, in denen sich kein einziges Frauenzimmer in jener Krankheitsperiode befand, welche sich durch häufige Recidive äussert.

Verf. kommt nun auf die bekannte Erfahrung zu sprechen, welche er auch statistisch von Neuem erhärtet, dass jede Syphilitische im condylomatösen Stadium, d. h. in den ersten 2 bis 3 Jahren nach der Ansteckung, zu einer Zeit, zu welcher sie „als geheilt" aus dem Hôspital entlassen in ein Bordell oder sonst wie zur Prostitution zurückzukehren pflegt, eine nahezu sichere und die häufigste Quelle zur Weiterverbreitung der Syphilis sei. Die Contagiosität des secundären Stadiums der Syphilis werde nicht genügend berücksichtigt. Verf. behauptet, gestützt auf eine vierjährige Statistik, dass $^6/_7$ aller von Prostituirten inficirten Männer während des condylomatösen Stadiums angesteckt worden seien; nur $^1/_7$ wird von Frauenzimmern angesteckt, bei welchen ein primärer Anfangs-Schanker, eine Initialsklerose sich

nachweisen liess. Da es nicht durchführbar ist, einer Prostituirten ein mehrjähriges Aufgeben ihres Gewerbes nach erfolgter Syphilisansteckung zu gebieten, so glaubt Verf. es könne auf dem Gebiete der Prophylaxis Grosses geleistet werden, wenn man den Syphilitischen, d. h. „als geheilt Entlassenen" den Coitus nur mit schon Syphilitischen gestatte und dass man in dieser Weise die aus dem Hospital als gesund entlassenen, wieder eingetretenen Bordelldirnen nach den Stadien ihrer latenten Krankheit gruppire. (Dieser Vorschlag ist unausführbar. A.)

In der ersten Periode der Syphilis (den ersten 6—8 Wochen) pflegt v. Sigmund (48) keine specifische, antiseptische Kur einzuleiten. Ausser der örtlichen Behandlung verlangt er aber frühzeitige Regelung aller hygienischen und diätetischen Einflüsse auf den Pat. Obenan unter den zu beobachtenden Vorschriften stellt er die der Hautpflege, so wie Beachtung der Nasen-, Mund- und Rachenpartien, der Analgegend und bei Weibern der Scheide und besonders der Portio vaginalis. An letzterer finden sich häufiger, als im Allgemeinen bekannt, auch isolirt, Initialerscheinungen; hiermit könnten, wie Verf. andeutet, auch die Erscheinungen der congenitalen (hereditären) Syphilis zusammenhängen. — Treten die ersten über den Kreis der Infectionsstelle hinausgehenden Störungen bei Syphilis auf, die das Lymphdrüsensystem, die äussere und Schleimhaut, Verdauungsapparat und Nervensystem betreffen, so sind Jod- und Brompräparate indicirt, erstere bei stärkerer Entwicklung der Lymphdrüsen, so wie bei Muskel- und Gelenkaffectionen, diese bei Kopfweh, Schlaflosigkeit und Störungen des Gemeingefühls. Diesen Mitteln fügt der Verf. noch des Jodoform (zu $^1/_2$—2 Gramm pro die) bei. Hypertrophische Tonsillen und Uvula trägt man am besten schon im ersten Stadium der Erkrankung ab, da sie später oft sehr unangenehm zu thun machen. Als Mund- und Gurgelwasser empfiehlt S. Lösungen von Bromkali (1:50), Chlorkali (2:50), Carbol- oder Salicylsäure (1:100). Als sicher constatirt erwähnt Verf. den Umstand, dass regelmässig menstruirte Weiber schneller heilen und mildere Krankheitsformen zeigen, als solche mit unregelmässiger Menstruation. Complicationen der Syphilis mit anderen Affectionen, darunter auch Tripper, machen die Prognose ungünstiger.

Nach v. Sigmund (49) hat man an den Sublimatlösungen ein ganz ausgezeichnetes Mittel, um syphilitische Neubildungen der secun-

dären Gruppe: Papeln, Pusteln, Schuppen weit rascher der Rückbildung zuzuführen, als mit jedem anderen. Mit präciser Anwendung vermag man Narben- und Pigmentbildung, ja, die weitere Entwickelung jener Formen überhaupt zu verhüten, sobald man bei ihren ersten Anzeichen — Erythem, Infiltrat der Follikel und Papillen — die betroffenen Hautpartien mit entsprechenden Lösungen (1 : 50—100) 1 bis 2 Mal täglich bepinselt.

Von den Sublimatlösungen zieht Vf. für die äussere Haut jene in Collodium vor, insbesondere bei der Schuppenflechte an Handtellern und Fusssohlen, nächst dieser eignet sich die Alkohollösung für andere Hautpartien, namentlich bei zarterer Beschaffenheit derselben und leichteren Formen von Papeln, Pusteln und selbst Schuppen, während für die Anwendung auf Schleimhäute die Aetherlösung den Vorzug verdient, indem hier der unmittelbaren vorherigen genauesten Reinigung der betreffenden Theile ganz besondere Sorgfalt gewidmet wird.

Unterscheidet man zwischen leichterer und jüngerer, schwererer und älterer Form, so eignet sich für jene die am Morgen vollzogene Bepinselung mit Collodium (1 Sublimat, 1 Oleum lini recens, 15—25 Collodium); die rasch trocknende, elastische und sehr geschmeidige Schicht hängt fest an der Haut an, zumal an den papulösen und psoriatischen Flecken und wird nur bei gar häufigen Reibungen den Tag über abgestossen, nicht aber durch Schwitzen; denn die syphiliskranke Hautstelle liefert keinen Schweiss, Handteller, sowie Fusssohlen haben keine Fettbälge. Am Abend reibt man auf die betroffenen Hautstellen die weisse Präcipitatsalbe (5 Bichlor. Hydrargyri ammoniac., 25 Unguent. simpl.) ein und lässt geschmeidige Handschuhe und Fusssocken anlegen.

Schwerere und ältere Fälle bieten allerlei Complicationen, welche vor, neben und nach der Sublimatbehandlung zu berücksichtigen sind; obenan stehen Schwielen, Risse, derbe Syphilisinfiltrate und eiternde Zellgewebs-Entzündungen, besonders an den Füssen (Ferse, Zehen), Händen und an den Beugestellen. Onychien stellen sich auch nicht gar selten in Verbindung mit Psoriasis ein. Ehe man an die directe Behandlung eben dieser geht, sind alle diese Erscheinungen je nach dem Einzelfalle zu behandeln. In der Mehrzahl der Fälle sind auch namhafte Schmerzen zugegen. Laue, örtliche Bäder mit Lösungen von Carbolsäure (2—5 auf 100 Wasser), von Chlorkali (5 : 100), von Kochsalz (5 : 100) dreimal des Tages wiederholt, hierauf Einreibungen

mit Salben von Bleiacetat (1 : 20), Zinkoxyd (1 : 10) oder Zinksulfat (1 : 25) genügen, um die Haut reiner und geschmeidiger zu machen und zugleich zur Heilung von Rissen und Abscessen dann geneigter zu gestalten, wenn der nöthige Schutz gegen Reibung, Zerrung und Druck damit verbunden wird. Auf die Risse — Schrunden, bisweilen sehr tief gehend und sehr schmerzhaft — legt man wohl angepasste Streifen des grauen Pflasters (Empl. sapon., Empl. hydrargyri aa.), verhindert durch angemessene Verbände Druck und Zerrung der Theile und lagert dieselben zugleich möglichst behaglich. Selbstverständlich berührt man solche wunde Partien nicht mit Sublimatlösungen.

Die Geschichte der Behandlung der Syphilis beweist, dass verschiedene Methoden ersonnen wurden, um diese Krankheit zu heilen, und dass bis zu unseren Zeiten einige dieser Methoden sich erhalten haben. Krówczyński (50) erinnert an die gräulichen Bilder der Salivationskur, hebt die Methoden von Huguenot aus Montpellier und Sigmund hervor und beweist, dass die letztgenannten Methoden einen grossen Fortschritt bilden. Er bekämpft aber die Methoden als Methoden und zeigt, dass dem Individualisiren in der Behandlung der erste Platz gebührt, welches eigentlich jedes methodische Verfahren ausschliesst. Das Detail des Sigmund'schen Verfahrens besprechend, hebt er die Schwierigkeit hervor, alle die Syphilis complicirenden Krankheiten vor der eigentlichen Behandlung zu entfernen, und zeigt, dass es in vielen Fällen gänzlich unmöglich ist. Der Verlauf der Syphilis hängt vom Organismus ab und je gesunder derselbe ist, desto milder ist der Verlauf und desto leichter die Behandlung. Er vergleicht den Einfluss des syphilitischen Contagiums auf den Gesammtorganismus mit dem des Quecksilbers auf Nichtsyphilitische und mit dieser Krankheit Behaftete, erinnert, dass sowohl die Syphilis, wie auch die Quecksilberintoxication ungünstig auf den Stoffwechsel einwirken, und da der Verlauf der Syphilis und ihre Behandlung nur vom Stoffwechsel abhängt, so sei es leicht, den günstigen Einfluss des geförderten Stoffwechsels einzusehen bei einer Krankheit, wie die Syphilis, die den Stoffwechsel herabsetzt. Quecksilber zweckmässig angewandt beschleunigt auch den Stoffwechsel und das ist das grosse Räthsel der jetzigen Behandlung. Das Quecksilber kann aber auch ungünstig wirken, wenn es zu stark den Stoffwechsel beschleunigt, welcher den Körper schwächt

und zuletzt nachtheilig auf den Verlauf der Krankheit wirkt. Daraus ersieht man den Grundsatz der Behandlung, welchen die physiologischen Gesetze der Entwickelung des Organismus bilden mit vorzüglicher Beachtung des erkrankten Individuums, und diesen Grundsatz vor den Augen, wird das Verfahren und das Verhalten der wegen Syphilis Behandelten sehr verschieden sein.

Grefberg gibt (**51**) eine ausführliche Geschichte der Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injectionen; er bespricht die einzelnen hiezu verwandten Mittel und vergleicht sie in ihrer Wirkung auf die syphilitischen Symptome. In Folge dessen kam er dazu, dem cyansauren Quecksilber als Injectionsmittel seine besondere Aufmerksamkeit zu schenken und er belegt mit einigen fünfzig Krankheitsfällen seine Erfahrungen, die er als zeitweiser Dirigent der syphilitischen Abtheilung des akademischen Krankenhauses in Helsingfors mit diesem Mittel machte. Die Schlüsse seiner Erfahrungen fasste er in folgenden Sätzen zusammen:

Das cyansaure Quecksilber ist, subcutan applicirt, nicht schmerzhaft, macht keine Bindegewebsinfiltrationen oder Abscesse, schädigt die Mund-, Magen- und Darmschleimhaut weniger, als der innerliche Quecksilbergebrauch. Secundär- und Tertiärformen der Syphilis werden durch dasselbe geheilt; jedoch wirkt auf die letzteren die Inunctionscur rascher ein. Das Allgemeinbefinden wird durch dasselbe gebessert. Es ist indicirt, wo die Beschaffenheit der Haut oder des Magens die äusserliche, resp. innerliche Anwendung des Quecksilbers nicht zulassen; ferner wo bei schwachen Individuen kleine aber sichere Mengen Quecksilber eingeführt werden sollen. Auf die cyansauren Quecksilberinjectionen verschwinden die syphilitischen Symptome schneller, als auf den innerlichen Gebrauch von Sublimat, Proto- oder Deuterojoduretum hydrargyri. Recidive werden länger hinausgeschoben und treten milder auf. Dasselbe muss den übrigen, bis jetzt bekannten Mercurpräparaten zur subcutanen Injection vorgezogen werden. Es eignet sich für die Privatpraxis, da man ohne Nachtheil alle zwei Tage 2 Injectionen nach einander machen kann. Es hat einen geringen Preis. Es soll dem innerlichen Quecksilbergebrauche immer vorgezogen werden.

Die Localtherapie muss gleichzeitig aufmerksam angewandt werden; Reinigung des Mundes und der Nase sei nicht zu versäumen.

Das Bicyanuretum Hydrargyri zeichnet sich durch Reinlichkeit, Bestimmtheit der Dosirung und Leichtigkeit der Anwendung aus.

(Schuster — Aachen.)

Güntz veröffentlicht gleichfalls (52) die Resultate von 50 Beobachtungen von subcutanen Injectionen Syphilitischer mit Bicyanetum hydrargyri. Dasselbe ist ein hygroskopisches, an der Luft leicht zersetzbares Präparat, welches Blausäure entwickelt und dabei Quecksilber niederschlägt. Die Lösung darf nur frisch bereitet injicirt werden, da sich dieselbe schon nach einmaligem Oeffnen der Flasche leicht zersetzt.

Der Vf. verwendete zu jeder Injection 0,01 Bicyanetum hydrargyri und machte dieselbe stets am Rücken. Im Allgemeinen machte er den Pat. 20—50, einem sogar 90 Einspritzungen. Die Symptome nach der Injection waren im Ganzen dieselben, wie bei den Injectionen mit anderen Flüssigkeiten; doch traten die Schmerzen sehr in den Vordergrund; ausserdem wurde Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Schwindel, viermal sogar tiefe Ohnmacht beobachtet (durch die bei der Zersetzung des Präparates frei werdende Blausäure?). Zu Abscessbildung kam es nur einmal, dagegen nicht selten zur Bildung von Blasen an der Injectionsstelle und noch häufiger zu einer Hautmumification von der Ausdehnung eines Fünfpfennig- bis Zweimarkstückes. Der lederartige, schwarze Schorf fiel in der Regel in 5—6 Wochen ab und liess eine eingezogene unschöne Narbe zurück; Mercurialismus stellte sich selten ein.

Was die Erfolge betrifft, so soll das Präparat bei schmerzhaften Geschwürs- und Krustenbildungen, bei Knochenschmerzen, sowie überhaupt in vielen Fällen von Syphilis, wo alle übrigen bekannten Methoden sich als fruchtlos erwiesen, eine völlige Beseitigung der Krankheitssymptome auf lange Zeit zu erzielen vermocht haben.

Reumont hat (53) Chrysarobin bei der oft gegen jede specifische Kur resistenten Psoriasis palmaris und plantaris in 12 Fällen mit gutem Erfolge angewandt. R. benutzte eine Vaselinsalbe (1 Th. auf 10 oder 5 Th. Vaseline) während der Inunctionskur.

Auch Mosengeil (54) bestätigt, dass er in 2 Fällen von Psoriasis palmaris, die bei lediglich antisyphilitischer Kur sich gar nicht

besserten, eher schlimmer wurden, schnell guten Erfolg sah, als er gleichzeitig das Mittel anwandte; jedoch trat keine nachhaltige Besserung ein, als dasselbe versuchsweise ohne specifische Medication allein applicirt wurde. Von ihm wurde statt der Chrysarobinsalbe Goapowder selbst mit einer Zahnbürste eingerieben, während die antisyphilitische Behandlung im Gebrauch von Hydrarg. jod. flav. 6—9 Centigramm pro die bestand.

Lewin berichtet (55) über die Erfolge der Pilocarpin-Anwendung bei 32 Syphilitischen. Von diesen 32 Kranken sind 25, also 78% geheilt worden. Diese Thatsache, dass das Pilocarpin überhaupt im Stande ist, die Lues zu beseitigen, sei um so mehr zu accentuiren, als die betreffenden Kranken nicht etwa blos an leichten syphilitischen Affectionen litten, sondern selbst von schweren Formen ergriffen waren.

Nicht geheilt wurden 7, also 22% Kranke. Von diesen wurden während der Behandlung 3 Kranke von Collaps befallen, welcher so bedenklich war, dass eine Unterbrechung der Kur nothwendig erschien. Eine Kranke bekam Blutspeien, eine andere Endocarditis, welche Krankheiten ebenfalls eine Unterbrechung der Kur erheischten. Bei 2 anderen Kranken konnten selbst grosse Dosen Pilocarpin die syphilitischen Affectionen nicht zum Schwinden bringen und ging der Verf. deshalb zur subcutanen Sublimat-Injectionskur über, welche sich auch erfolgreich zeigte.

Die Zeitdauer der Kur betrug durchschnittlich 34 Tage. Die längste dauerte 43 Tage, die kürzeste 14 Tage. Es würde die Behandlung durch Pilocarpin noch kürzere Zeit in Anspruch nehmen, wenn jeden Tag eine Injection vorgenommen werden könnte. Dies ist aber deshalb nicht gut durchzuführen, weil selbst bei Ausbleiben von bedeutenderen intercurrenten Zufällen vor Allem die Patienten sich öfter so angegriffen fühlen, dass man zeitweise einen Ruhetag eintreten lassen muss.

Die Quantität des zur Heilung nothwendigen Pilocarpins betrug im Durchschnitt 0,372 Grm.

Theilt man die Kranken je nach der Intensität ihrer Affection in gewisse Kategorien, so ergibt sich Folgendes: a) Kranke, welche an breiten Condylomen allein litten, bedurften im Durchschnitt 0,30 Pilocarpin. b) Kranke, welche neben breiten Condylomen ein maculöses

Syphilid hatten, bedurften 0,495. Die geringste Dosis betrug 0,255, die grösste 0,675. c) Kranke mit polymorphem Exanthem, namentlich mit maculo-papulo-squamösem Syphilid bedurften im Durchschnitt 0,438. Die grösste Dosis betrug 0,645, die geringste 0,240. d) Kranke, welche neben breiten Condylomen und Exanthem Pharynxulcerationen hatten, bedurften 0,375 Pilocarpin. Die grösste Dosis betrug in diesen Fällen 0,480, die geringste 0,165. e) Kranke, welche neben breiten Condylomen Pharynxaffectionen und pustulöses Exanthem hatten, erforderten im Durchschnitt 0,415. Die grösste Dosis betrug 0,60, die geringste 0,22. f) An gummöser Periostitis litt nur eine Kranke. Diese erhielt 0,315 Pilocarpin im Ganzen.

Aus dieser Uebersicht ergibt sich (? A.), dass das Pilocarpin sich ganz so wie das Quecksilber zu den verschieden intensiven Syphilisformen verhält. Wenn auch im Allgemeinen die leichteren Affectionen eine geringere Quantität des betreffenden Medicaments erfordern, so kommen doch nicht ganz selten Ausnahmen vor, wo grössere Dosen nöthig sind.

Was die Recidivität betrifft, konnte Verf. nur die weiblichen Kranken in Berücksichtigung ziehen, welche unter polizeilicher Aufsicht stehen und im Falle der erneuten Erkrankung nach der Charité zurückgesandt werden, nicht aber die Kranken, welche freiwillig die Hilfe der Charité aufsuchten und von denen es nicht sicher ist, ob sie bei Recidiven wieder zurückkehren. Von diesen 27 der sittenpolizeilichen Controle unterliegenden Frauen wurden 6 % von Recidiven befallen.

Von den 6 Kranken, bei welchen die Syphilis recidivirt war, zeigten 3 Kranke Condyl. lata allein, 1 Kranke Condyl. lata und Exanth. macul., 1 Kranke Ulcera ad tonsill., 1 Kranke Ulcera ad tonsill. und Exanth. macul.

Diese Recidivität bezeichnet Verf. deshalb als vorzüglich günstig, weil einerseits keine der bösen Formen recidivirte, an welchen die Kranken der Kategorie d—f gelitten, andererseits die wirklich eingetretenen Rückfälle nur milde Affectionen darstellten.

Das Zeitintervall, innerhalb dessen die Recidive eintraten, betrug bei 3 Patienten 3 Monate, bei 1 Pat. 10 Monate, bei 1 Pat. 12 Monate. Dies Verhältniss ist dasselbe, wie der Verf. es auch bei anderen Kuren eintreten sah.

Wenn Verf. einen Vergleich anstellt zwischen der Wirksamkeit der Pilocarpin-Kur und der subcutanen Sublimat-Injectionskur, so muss er der letzteren vor der ersteren einen Vorzug einräumen und zwar wegen folgender Momente:

Während durch die Sublimat-Injectionskur innerhalb 14 Jahren in der Charité-Abtheilung des Verf. circa 20.000 Kranke bis auf sehr vereinzelte Ausnahmen, die einen kaum nennenswerthen Bruchtheil bilden, geheilt wurden, konnte bei 2 Kranken unter 32 Fällen durch das Pilocarpin kein hinreichender Erfolg bewirkt werden und musste deshalb die Kur abgebrochen und zu einer subcutanen Injectionskur übergegangen werden, welche sich auch rasch als wirksam bezeugte. Während die durchschnittliche Dauer der Pilocarpin-Kur 34 Tage beträgt, erfordert die subcutane Sublimatkur nur ca. 3 Wochen. Das Verhältniss würde sich noch günstiger gestalten, wenn man auch hier die Kranken mit sehr schweren Formen ausschlösse, welche durch Pilocarpin gar nicht geheilt worden waren. Das Pilocarpin erzeugt aber ferner in Folge seiner stark diaphoretischen Wirkung eine lang zurückbleibende Empfindlichkeit gegen Temperatureinflüsse, und erfordert deshalb während einer Kur-Durchführung, namentlich in der kälteren Jahreszeit, eine ziemlich strenge Zimmerclausur. Dies ist bei der subcutanen Sublimat-Injectionskur keineswegs der Fall. Während nun aber bei der Sublimat-Injectionskur kaum Zwischenfälle eintraten, welche eine Unterbrechung der Kur oder gar eine gänzliche Aussetzung derselben erforderten, traten nach dem Pilocarpin gefährliche Complicationen ein, Collaps, Hämoptoe und Endocarditis. Ausserdem noch andere unangenehme Erscheinungen, insbesondere ziemlich häufig Singultus und Erbrechen.

Martin und Oberlin haben (56) nach einer in der Academie de médecine am 6. April von ihnen gemachten Mittheilung in einer grösseren Reihe von Fällen das schwefelsaure Kupferoxyd innerlich mit gutem Erfolge statt des Quecksilbers gegen Syphilis angewandt. Die Erfolge des Verfahrens, welches im Hospital St. Lazare bei den verschiedenartigsten Graden der Krankheit angestellt wurde, sollen diejenigen des Quecksilbers übertreffen; in einem Falle von Ecthyma, Rupia und Gummata wurde ein Erfolg erzielt, nachdem Quecksilber und Jod erfolglos geblieben war. Bei zwei oder drei Kranken zeigte sich als Zeichen der Sättigung des Organismus mit dem Kupfersalze eine Gingivitis,

welche durch einen grünen Saum am freien Rande des Zahnfleisches charakterisirt war, jedoch schwand die Affection verhältnissmässig schnell. Die Gaben waren sehr klein, sie betrugen 4, 8 oder höchstens 12 Milligramm pro die, welche in Lösung verabreicht wurden; äusserlich wurden Vollbäder mit 20 Grm. des Salzes als Zusatz angewandt. Nur in einem Falle stellte sich vorübergehend Erbrechen ein.

Die Wirkung der Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn soll nach Güntz (57) erst am 15.—20. Tage erfolgen. Zuerst müsse gewissermassen vorbereitend der Zerfall der Eiweisskörper erfolgen, dann sei erst die Möglichkeit gegeben, das sich das Hg in den folgenden Tagen ausscheide. Bei 3 Kranken, bei denen das Hg schon längst nicht mehr im Harn nachzuweisen war, fand sich nach Gebrauch der Dampfbäder Hg erst am 15.—20. Tage deutlich aber in geringer Menge vor, während die Untersuchungen desselben Autors über die Ausscheidungen des Hg nach Schwefelwässern und Salzbädern bedeutend günstiger ausfielen, indem er bei denselben nur ganz ausnahmsweise kein Hg nachweisen konnte.

Die nach der Ludwig'schen Methode angestellten Untersuchungen des Schweisses auf Gehalt an Hg nach Gebrauch der Dampfbäder fielen negativ aus, da keine Spur von Quecksilber aufzufinden war.

Schiff.

Buchanzeigen.

Contribution à l'histoire de la Syphilis et de la Tuberculose oculaires. Des gommes syphilitiques de l'Iris et du Corps ciliaire. Par le Dr. E. Nitot. Paris 1880, in 8°. 144 pag., Baillière et fils.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

In lichtvoller Darstellung erörtert Nitot die syphilitischen Gummageschwülste der Iris, welche bekanntlich durch ihre eigenthümlichen Formen und ihren Verlauf längst die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen in hohem Grade auf sich gezogen haben. Den Schlussfolgerungen des Verfassers entnehmen wir folgende Punkte:

Das Auge ist vielleicht eines der am häufigsten von Syphilis heimgesuchten Organe.

Die Gummata können in beiden Augen oder in einem allein auftreten, sie stellen ein in der Dicke des Ciliarkörpers ruhendes, begrenztes, im Horizontaldurchmesser des Auges sitzendes Neugebilde dar, welches schnell wächst, die Fasern der Sklera auseinander drängt und in das Episkleralgewebe 4—5 Mm. vom Rand der Hornhaut entfernt vorwuchert und eine Iridocyclitis suppurativa von grosser Intensität hervorruft.

Der Verlauf ist ein rapider, ähnlich jenem eines Sarcoms.

Die Mercurialbehandlung bringt schnelle Heilung.

The Pathology and Treatment of venereal Diseases. By Freemann J. Bumstead and Robert W. Taylor. 4. Auflage, grossentheils neu verfasst. In 8°. 835 pag. Mit 138 Holzschnitten. Philadelphia, bei Henry C. Lea, 1879.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Das Buch, welches der zu früh geschiedene Bumstead in Gemeinschaft mit seinem Freunde, dem in der Wissenschaft wohlverdienten Prof. R. W. Taylor in New-York als vierte Auflage des

Lehrbuchs der Syphilis von Bumstead dem medicinischen Publikum vorgelegt und welches der Letztere auf dem Todtenbette vollendet hat, ist eines der werthvollsten Handbücher, welche wir über diesen Gegenstand besitzen. Vollständige Kenntniss der neuesten Fortschritte des Faches, klare und lichtvolle Darstellung, beständige Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse des Arztes bei strengster Wahrung der wissenschaftlichen Angriffspunkte jedes Themas, eine Fülle von lehrreichen Bemerkungen und Winken machen das Buch zu einer reichen Fundgrube für jeden Lernenden.

Hervorzuheben ist, was den theoretischen Theil betrifft, dass die Verfasser nicht nur die Verschiedenheit des Chancroids von Syphilis, sondern auch die Nicht-Specificität des Giftes des ersteren als über jeden Zweifel erhaben ansehen.

In praktischer Beziehung sind die neueren Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, z. B. die Endoskopie bei Urethralkrankheiten, die Abortivbehandlung der Bubonen, die Excision der Sklerosen, die subcutanen Injectionen bei Syphilis universalis u. s. w. erschöpfend gewürdigt. Der Syphilis innerer Organe ist jene Ausführlichkeit gewidmet, welche ihr gebührt und welche in Zukunft verhindern wird, dass diese Specialität der Medicin aus dem Rahmen der Pathologie zum Schaden beider förmlich hinausgeschoben bleibe.

A History of Syphilis reprinted and enlarged from the original paper in the Edinburgh medical Journal, by J. L. Milton. London, Harrison and Sons 1880. 2. Aufl. in 8°. 84 pag.

Angezeigt von Prof. Auspitz.

Das vorliegende Heft fasst in kurzem Raume die wichtigsten Fragen zusammen, welche die Geschichte der Syphilis betreffen. Der Verf. hält es für ausgemacht, dass lang vor 1494 locale venerische Affectionen bestanden, dass sie aber früher nicht constitutionelle Erkrankungen nach sich zogen. Er zeigt ferner, dass die ersten Spuren der Syphilis in Europa früher zu datiren sind als von der fälschlich sogenannten „Belagerung Neapels durch die Franzosen" und verwirft alle Beziehungen, welche einzelne Autoren der Syphilis zu anderen Krankheiten wie Aussatz, Rotz u. s. w. beilegen. Gegen die Fabel vom amerikanischen Ursprung spricht sich der Verf. sehr entrüstet aus, sucht die französischen Soldaten von dem Vorwurf, die alleinigen Verbreiter der Seuche in Italien gewesen zu sein, zu befreien, wirft

interessante kritische Lichter auf die Schilderungen, welche uns über die Verbreitung und Form der Epidermie im 16. Jahrhundert zugekommen sind, sowie endlich auf alle Behauptungen, welche für unser Jahrhundert in Bezug auf die Zu- oder Abnahme der Verbreitung der Syphilis, sowie auf ihr Verhältniss zu anderen dyskratischen Leiden ohne genügende wissenschaftliche Begründung ausgesprochen worden sind. Die Schrift ist höchst klar geschrieben und wenn sie auch nicht viel neue historische Daten enthält, doch für die unbefangene Würdigung der bekannten Thatsachen von Nutzen.

Varia.

Mit dem Ende des abgelaufenen Schuljahres hat Prof. Dr. Carl v. Sigmund sein 70. Lebensjahr zurückgelegt und ist nach den Bestimmungen des österreichischen Gesetzes von der Lehrkanzel der Syphilidologie an der Wiener Universität zurückgetreten. Der Versuch, welchen die Unterrichtsverwaltung machte, ihn ausnahmsweise noch ein Jahr lang zur Fortführung seiner Functionen zu bewegen, ist nicht gelungen, und so ist denn die Klinik, welche v. Sigmund, man kann sagen, in Wien geschaffen und an welcher er viele Jahre zuerst als ausserordentlicher, dann als ordentlicher Professor gewirkt und seine von Studirenden aus der ganzen Welt besuchten und geschätzten Vorträge abgehalten hat, gegenwärtig verwaist.

Ueber die Verdienste, welche sich v. Sigmund in der Wissenschaft erworben hat, haben wir bei dieser Gelegenheit keinen Grund zu sprechen, da die scientifische Thätigkeit des geistesfrischen Mannes keineswegs mit seiner Lehrthätigkeit abgeschlossen und seine literarische Mitarbeit an den Problemen des Faches, wie wir versichern können, in nicht geringerem Grade als früher zum Ausdruck gelangen wird.

Die Schüler v. Sigmund's haben die letzte von ihm an der Klinik gehaltene Vorlesung zu einer sympathischen Kundgebung des Dankes und der Verehrung für den scheidenden Lehrer benützt. Die Redaction dieser Blätter, bei deren Gründung v. Sigmund nebst seinem dahingeschiedenen grossen Collegen Hebra Pathe gestanden ist, schliesst sich diesen Ovationen mit der Hoffnung an, v. Sigmund's

Namen noch lange Zeit unter den Mitherausgebern und Mitarbeitern der Vierteljahresschrift mit Stolz aufführen zu dürfen.

Bis zur definitiven Ernennung der Vorstände für die beiden Kliniken der Syphilis und der Hautkrankheiten an der Wiener Universität ist deren interimistische Leitung durch die Professoren Zeissl und Kaposi übernommen worden.

Die Amerikanische Dermatologische Association hält ihre vierte Jahresversammlung im Ocean House, Newport, Rhode Island am 31. August, 1. und 2. September 1880 ab.

Folgende Vorträge sind angemeldet: Heitzmann über Hautgeschwülste, Hardaway über Papilloma cutis, van Harlingen über Arzneiausschläge, Hyde über Ainhum, R. W. Taylor über das syphilitische Erythem, Bulkley: Behandlung des Eczems der Hände, Heitzmann: Experimente über Epilation, Atkinson: Das Kerion-Stadium des Ringworm, Duhring: Pityriasis circinata, van Harlingen: Phlyctaenen-Eruption des Gesichtes und der Hände, Graham: Skleroderma, Bulkley: Lichen planus zuerst auf dem Penis auftretend, Greenough: Herpes progenialis, R. W. Taylor: Xanthelasma palpebrarum.

Bibliographie des Jahres 1879.

Dermatologie.

Drittes Verzeichniss. (Fortsetzung von Jahrg. 1879 p. 660 u. 1880 p. 156.)

Albers; Goedecke; Zimmermann, Ueber Errichtungen von Anstalten zum Erzeugen animaler Lymphe. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXXI. 2. p. 380. Oct.

Allen, Dudley P., Fälle von Scharlach. Boston med. and surg. Journ. CI. 16. p. 540. Oct.

Anderson, T. Mc Call, Ueber d. Fortschritte d. Dermatologie. Brit. med. Journ. Aug. 16.

Antony, Ueber d. Ursachen d. Verschiedenheit in d. Resultaten der Revaccination. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 621. Nov.—Déc.

Atkinson, J. Edmondson, Fall von unvollständiger Vitiligo. Arch. of Dermatol. V. 4. p. 329. 370. Oct.

Atkinson J. E., Ueber d. Dermatologie in Amerika. Arch. of Dermatol. V. 4. p. 366. Oct.

Auerbach, Ludw., Perubalsam gegen Pruritus. Deutsche med. Wochenschr. V. 34.

Baxter, E. Buchanan, Ueber allgem. exfoliative Dermatitis. Brit. med. Journ. July 19. 26.

Becker, H. T. v., Handbuch d. Vaccinationslehre. Zum 100jähr. Gedächtniss ihrer wissenschaftl. Erforschung durch Edward Jenner. Stuttgart. Enke. 8. IV u. 260 S. mit 1 Tafel.

Behrend, Gustav, Ueber ein diffus-entzündl. Opiumexanthem, nebst Bemerkungen über d. Pathogenese d. Arzneiausschläge. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 42. 43.

Behrend, Gustav, Zur allgem. Diagnostik d. Arzneiausschläge. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 48.

Bendz, Viggo, Ueber Masern und Scharlach in Kopenhagen von 1874 bis 1877. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 28.

Beregszászy, Ueber Herpes laryngis. Wiener medicin. Presse XX. 44.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheil. f. Dermat. u. Syphilis im allgem. Hospitale in Kopenhagen f. 1878. Hosp.-Tidende 2. R. VI. 38. 40. 41.

Besnier, Ernest, Fall von Colloidentartung d. Haut, fälschlich Colloid-Millium genannt. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 41.

Bollinger, O., Ueber animale Vaccination. Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. VI u. 169 S. mit 15 eingedr. Holzschn.

Bönnemann, Theod., Ueber d. Gebrauch d. Chrysarobins bei Hautkrankheiten. Inaug.-Dissert. Bonn. 8. 28 S.

Brand, Fälle von Opium-Exanthem. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 48.

Brinon, Henride, Pockenepidemie im Civil- u. Militärhospital von Moulins (Allier). Gaz. hebd. 2. S. XVI. 42.

Bronson, Fall von Lichen planus. Arch. of Dermatol. V. 3. p. 263, July.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 3. p. 247. July. — Ungewöhnliche Form von Tylosis palmaris und plantaris. Ibid. p. 252. —, acutes papulares Eczem. Ibid. p. 255. — Lupus erythematosus. Ibid. p. 256. — Wahre Prurigo Hebra's. Ibid. p. 259.

Bulkley, L. Duncan, Ueber locale Behandlung gewisser Hautkrankheiten. Arch. of Dermat. V. 4. p. 357. Oct.

Bulmerincq, M. E. v., Die Retrovaccination und die animale Vaccine in Petersburg. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 34—39. 41. 42. 43. 45—48.

Burckhardt, Albrecht, Zur intrauterinen Vaccination. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXIV. 4 u. 5. p. 506.

Camuset, Fall von Chromidrose. Gaz. des Hôp. 98.

Chambard, Ernest, Ueber d. anatom. Formen d. Xanthelasma d. Haut. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 691. Nov. et Déc.

Chandelux, A., Ueber die Nervenaffectionen bei Zona. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 674. Nov. et Déc.

Cheadle, W. B., Ueber Masern. Brit. med. Journ. Dec. 20. p. 985.

Cornil, Ueber d. Histologie d. Pusteln bei Variola haemorrhagica. L'Union 135.

Corre, A., Fall von Ainhum. Gaz. med. da Bahia XI. 8. p. 349. Agosto.

Coupland, Sidney, Fall von acutem Pemphigus. Med. Times and Gaz. July 26. p. 99.

Créquy, Ueber Vaccination und Revaccination. Bull. de Thér. XCVII. p. 77, Juillet 30.

Crocker, H. Radcliffe; Wyndham Cottle; James Startin, Psoriasis palmaris. Brit. med. Journ. July 19. p. 85.

Da Silva Ajaura, Ueber Behandlung der Elephantiasis mittelst Elektricität. Gaz. med. da Bahia XI. 10. p. 441. Outubro.

David, Herpes traumaticus, von d. Zähnen ausgehend. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 36. p. 947. Sept. 9.

Davis, L. N., Scharlachfieber-Epidemie. Philad. med. and surg. Rep. XLI. 2. p. 26; July.

Delpech, Ulcerationen durch Impfung mit Kuhpockenlymphe bei einem syphilitischen Individuum bedingt. Gaz. des Hôp. 97.

Dompeling, Ueber d. Anzahl Stiche bei d. Vaccination. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 46.

Duhring, L. A., Entzündliches fungoides Neoplasma. Arch. of Dermat. V. 4. p. 386. Oct.

Duhring, L. A., Umschriebene phlegmonöse Dermatitis durch Jodkalium bedingt. Philad. med. and surg. Reporter XLI. 24. p. 516. Dec.

Eichhorst, Hermann, Beobachtungen über Alopecia areata. Virchow's Arch. LXXVIII. 2. p. 197.

Eklund, Fr., Om spetelska (Referat von G. Armauer Hansen). Norsk. Mag. 3. R. IX. 12. S. 1179.

Eklund, Fr., Om spetelska (Elephantiasis Graecorum vel Lepra Arabum). Stockholm. Trykt. hos. A. L. Norman's boktryckerie-actiebolag. 8. 91 S.

Ellinger, Leop., Zur Aetiologie und Prophylaxe d. Alopecia praematura. Virchow's Arch. LXXVII. 3. p. 549.

Engelmann, Friedrich, Erythema universale nach Anwendung von Calomel. Berl. klin. Wochenschr. XVI. 43.

Engelsted, S., Klinisk Vejledning til Diagnose og Behandling af Hudens Sygdomme. Köbenhavn. 8. 384. Nord. med. Ark. XI. 3. Nr. 26. S. 25.

Fairbank, F. Royston, Ueber einige weniger gewöhnl. Formen d. Scharlach. Lancet II. 7; Aug.

Fehr, A., Zur Behandlung der Psoriasis mit Chrysophansäure. Schweiz. Corr.-Bl. IX. 18.

Fehr, A., Die Scharlachepidemie in St. Gallen. Schweiz. Corr.-Bl. IX. 21. 22.

Foster, Frank P., Fall von Sklerodermie. Arch. of Dermatol. V. 3. p. 234. July. — Melanosis cutis. Ibid. p. 261.

Fourné jun., G. J. H., Zur Vaccinationsfrage. Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 5. p. 195.

Fournet, Variolaepidemie in Dünkirchen 1878 u. 1879. Gaz. des Hôp. 90. 91.

Fournier, Ueber Psoriasis. Gaz. des Hôp. 116. 119.

Fournier, Ueber Alopécie, Gaz. des Hôp. 134. 136. 150.

Fox, Erythema exfoliativum recurrens. Arch. of Dermat. V. 3. p. 264. July.

Fox, T. Colcott, Fall von Xanthelasma multiplex. Lancet II. 19; Nov.

Gaskoin, George, Fall von Morphaea. Med.-chir. Transact. LXII. p. 169.

Gast, Alfr., Experimentelle Beiträge zur Lehre von d. Impfung. Schmidt's Jahrb. Bd. CLXXXIII. p. 201.

Geber, Eduard, Entzündl. Processe d. Haut, durch eine bisher nicht bestimmte Milbenart verursacht. Wiener medic. Presse XX. 43. 44. 45.

Gramshaw, J. H., Vaccination u. Pocken in Gravesend. Lancet II. 26; Dec. p. 964.

Grigorow, Erythema exsudativum papulatum d. Mundschleimhaut. Petersb. med. Wochenschr. IV. 52.

Guibout, E., Ueber Prurigo. Gaz. des Hôp. 90.

Hall, Robert, Ueber Tuberculose der Haut. Inaug.-Diss. Bonn. 8. 24 S.

Hamilton, H., Elephantiasis d. Unterschenkels; Ligatur d. Art. femoralis. Lancet II. 18; Nov.

Hansen, Engvald, Ueber d. Contagiosität d. Masern u. deren Incubationszeit. Norsk. Mag. 3. R. IX. 9. S. 952.

Hanssen, Klaus, Ueber d. Schutz d. Vaccination gegen Pockenepidemien. Norsk. Mag. 3. R. IX. 11. S. 1069.

Hardaway, Acne rosacea, Obliteration der Gefässe. Arch. of Dermat. V. 4. p. 356. 396. Oct.

Hardaway, Multiple Hautgeschwülste mit Prurigo. Arch. of Dermat. V. 4. p. 385. Oct.

Hart, Ernest, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Nov. 29.

v. Hebra, Zur Therapie einiger Hautkrankheiten (Chrysophansäure, Pyrogallussäure). Wiener med. Presse XX. 43. 44.

Heitzmann, C., Ueber mikroskopische Veränderungen bei Entzündung der Haut. Arch. of Dermat. V. 4. p. 347. 376. Oct.

Herterich, Zur Einführung animaler Vaccine. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 29.

Hervieux, Zur Vaccination. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 38. p. 981. Sept. 23. — Gaz. hebd. 2. S. XVI. 28. p. 444.

Hervieux, Ueber congenitalen Pemphigus. Gaz. des Hôp. 141. p. 1123.

Hofmann, Ueber Impfung mit animaler Lymphe. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 32. 33.

Hübner, W., Ueber miasmatische Ansteckung mit specieller Beziehung auf die Entstehung u. d. Wesen d. Pockenkrankheit nebst Angabe eines specifischen Heilverfahrens gegen d. Pocken. (Sep.-Abdr.) Hamburg. Rudolphi. 8. 19 S.

Hutchinson, Jonathan, Erythematöses Stadium der Leprose bei einem Knaben. Med. Times and Gaz. Dec. 20. p. 689.

Hutchinson, J., Fall von wahrer Leprose mit Ausgang in Genesung. Med.-chir. Transact. LXII. p. 331.

Hyde, James Nevins, Ueber durch Jodkalium bedingte Eruption. Arch. of Dermat. V. 4. p. 333. 371. Oct.

Hyde, J. N., Ueber eine Varietät von Molluscum verrucosum. Arch. of Dermat. V. 4. p. 388. Oct.

Impffrage, Verhandlungen der Provinzial-Versammlung d. schles. Aerzte-Vereine. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 14. p. 143; 15. p. 155.

Irgens, Andreas, Ueber d. seltenere Vorkommen von Masern bei kleinen Kindern. Norsk Mag. 3. R. IX. 8. S. 785.

Jacobs, Process wegen fahrlässiger Impfung. Deutsche medicin. Wochenschr. V. 44.

Jahn, Carl, Successiv-Impfung, eine neue, den wirksamsten Schutz vor Impfinfectionen gewährende Impfmethode. Thür. Corr.-Bl. VIII. 12.

Jamieson, W. Allan, Ueber Tinea barbae, parasit. Sykose. Lancet II. 9; Aug.

Jarisch, A., Chemische Studien über Pemphigus. (Aus dem Laboratorium des Prof. E. Ludwig.) „Sitz.-Ber. d. k. Wiss." Wien. Gerold's Sohn. Lex.-8. 13 S. 30 Pf.

Jebb, W. F., Ueber Vaccination und Revaccination. Lancet II. 20; Nov. p. 743.

Klamann, a) Psoriasis vulgaris nach d. Impfung. — b) Heilung eines Eczems nach d. Impfung. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XIV. 4. p. 371.

Koren, Aug., Ueber Scharlach. Norsk. Mag. 3. R. IX. 7. S. 689.

Koucky, J. W., Ueber die animale Vaccination. Prager medic. Wochenschr. IV. 36.

Kranz, C., Errichtung u. Betrieb einer animalen Impfstation in München im J. 1879. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 49. 50.

Krätze, über Schnellkur derselben. Aerztl. Mittheil. aus Baden XXXIII. 14.

Lancereaux, Ueber die Lepra von Conchinchina. Gaz. des Hôp. 83.

Leloir, H., Ueber d. Veränderungen d. Epidermis bei Affectionen d. Haut u. d. Schleimhäute mit Neigung zu Blasenbildung. Gaz. de Par. 50. p. 644.

Lewin, G., Ueber Erythema exsudativum. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 34. p. 515.

Liveing, Robert, Fälle von Elephantiasis Graecorum, behandelt mit Chaulmoogra-Oel. Med. Times and Gaz. Aug. 23.

Liveing, R., Zur Behandlung der Scabies. Brit. med. Journ. Oct. 25.

Liveing, R., Ueber d. Eigenthümlichkeiten d. Tinea tonsurans u. ihre Behandlung. Lancet II. 18; Nov.

Löhrl, Fall von Urticaria nach Genuss von Krebsen. Würtemb. Corr.-Bl. XLIX. 34.

Loisch, Th., Zur Casuistik d. Alopecia. Wien. med. Wchnschr. XXIX. 33.

Lush, W. J. H., Ueber Behandl. d. chron. Eczems d. Hohlhand. Brit. med. Journ. Nov. 22. p. 814.

Makuna, M. D., Ueber d. Incubation d. Varicella. Brit. med. Journ. Oct. 4. p. 534.

Makuna, M. D., Ueber d. Diagnose d. Variola von Varicella vera. Lancet II. 10; Sept.

Martin, Henry A., Ueber den Erfolg d. Vaccination bei Geblatterten. New-York med. Record XVI. 4; July p. 93.

Martini, Hugo, Der Impfzwang in seiner moral. und wissenschaftl., insbes. jurist. Unhaltbarkeit. Ein ernstes Wort in ernster Zeit. Leipzig. Scholze. 8. VIII u. 143 S.

Maynard, Wm. J., Ueber Psoriasis. New-York med. Record XVI. 24; Dec.

Mècklenburg, Die Nothwendigkeit einer Impfinstruction und Bemerkungen zu derselben. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 49.

Milroy, Gavin, Ueber Framboësia. Med. Times and Gaz. Oct. 11.

Morris, Malcolm, Ueber Psoriasis palmaris. Brit. med. Journ. Aug. 2. p. 170.

Morrow, Fall von Urticaria pigmentosa. Arch. of Dermat. V. 3. p. 262. July. — Fall von Morphaea. Ibid. p. 266.

Munro, W., Ueber Leprose. Edinb. med. Journ. XXV. p. 131. Aug. u. p. 418. Nov.

Neisser, Ueber d. Aetiologie d. Aussatzes. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 20. 21. p. 200. 214.

Neumann, J., Zur Casuistik d. Sclerodermia adultorum. Virch. Arch. LXXVIII. 3. p. 516.

Neumann, I., Zur Kenntniss d. Aetiologie d. Erythema nodosum Wien. med. Wchnschr. XXIX. 44.

Olavide, Josè Eugenio, Ueber Hautkrankh. im Allgemeinen. Gazz. Lomb. 8. S. I. 27. 28. 30. 37. 38. 44. 45.

Palm, Theobald A., Ueber Behandlung d. chron. Eczems d. Hohlhand, Brit. med. Journ. Nov. 8. p. 733.

Park, Roswell, Dermatitis durch Rhus toxicodendron bedingt. Arch. of Dermat. V. 3. p. 227. July.

Petri, Fall von symmetrischer Hautgangrän. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 34.

Pfeiffer, L., Die Rückimpfung auf Kühe. Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege XI. 4. p. 710.

Pfeiffer, L., und H. Schwalbe, Bericht über die Impfungen mit animaler Lymphe im Impfbezirk Weimar 1879. Thür. Corr.-Bl. VIII. 11.

Picot, Erysipelas faciei, complicirt mit Endo-Pericarditis. Gaz. des Hôp. 103.

de Pietra Santa, Ueber animale Vaccination. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 39. p. 1007. Sept. 30.

Piffard, Fälle von Lupus. Arch. of Derm. V. 3. p. 258. July.

Pott, Richard, Ueber lebensgefährliche Blutungen nach Impfscarificationen. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 44.

Pott, R., Beitrag zur Masernstatistik. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XIV. 4. p. 330.

Purdon, H. S., Dermatosklerosis, Elephantiasis Arabum simulirend, Arch. of Derm. V. 3. p. 258. July.

Rafinesque, Gaston, Variola u. Vaccine. Gaz. de Par. 42.

Ranvier, L., Ueber einen neuen Bestandtheil der Epidermis u. über d. Verhornungsprocess d. Epidermis. Gaz. de Par. 29. p. 372.

Raynaud, Maurice, Ueber Infection durch d. Vaccina u. über Immunität gegen dieselbe. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 29. 31. 32.

Rochard, Ueber d. Verbreitung d. Vaccination in Conchinchina. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 38. p. 975. Sept. 23.

Sangster, Alfred, Fall von Morphaea. Med. Times and Gaz. Sept. 20. p. 340.

Sawyer, James, Ueber Behandlung des Eczem. Practitioner XXIII. 5. p. 346. Nov.

Schwimmer, Dermatolog. Reisebriefe. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 41. 42.

Sherwell, S., Fall von Trichorrhexis nodosa. Arch. of Dermat. V. 3. p. 240. July. — Prurigo ferox. Ibid. p. 269.

Sherwell, S., Ueber Tätowirung d. Naevi. Arch. of Derm. V. 4. p. 354. 382. Oct.

Shoemaker, John V., Ueber Behandl. d. Hautkrankh. Philad. med. and surg. Reporter XL. 25. p. 529. June.

Simon, O., Ueber einige seltene Hautkrankheiten. Bresl. ärztl. Ztschr. I. 15. p. 153. — Ueber Anwendung von Pilocarpin und Jaborandi gegen Prurigo u. andere Hautleiden. Das. 20. p. 200.

Simon, Oscar, Ueber Prurigo u. d. Behandlung mit Pilocarpin. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 49.

Smith, Walter G., a) Fälle von Favus. — b) Multiples diffuses Hautpapillom. Dubl. Journ. LXVIII. p. 450. 492. Dec.

Squire, Balmanno, Ueber Behandl. d. Naevus mittelst Scarification. Brit. med. Journ. Nov. 8. p. 733.

Stanton, M., Ueber Anwendung der Chrysophansäure bei Hautkrankheiten. New-York. med. Record XVI. 3; July p. 69.

Startin, James, Acuter Pemphigus d. Hände, verursacht durch Anwendung d. Donavan'schen u. d. Fowler'schen Lösung. Lancet II. 26; Dec.

Streit, K., Variola bei frisch Geimpften. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. V. 22. p. 283.

Tansini, Iginio, Elephantiasis am Kopfe. Gazz. Lomb. 8. S. I. 41.

Taylor, Ueber Leukoderma an Indianern. Arch. of Derm. V. 3. p. 264. July.

Taylor, Frederick, Ueber d. Beschaffenheit d. Haut bei Tinea tonsurans. Med.-chir. Transact. LXII. p. 177.

Thin, George, Ueber d. Wesen d. Jodkalium-Eruption. Med.-chir. Transact. LXII. p. 189.

Thin, G., Ueber d. Pathologie d. Lupus, mit besond. Bezug auf d. Riesenzellen. Med.-chir. Transact. LXII. p. 407.

Trier, F., Ueber d. relative Gefährlichkeit d. Masern f. Kinder u. Erwachsene. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 27.

Tschiriew, S., Affection d. Rückenmarks u. d. Haut in einem Falle von Lepra anaesthetica. Arch. de Physiol. 2. S. VI. 5 et 6. p. 614. Nov. et Déc.

Unna, P. G., Das Fibrokeratom, nebst Nomenclatur homöoplast. Hautgeschwülste. Deutsche Ztschr. f. Chir. XII. 3. p. 267.

Vandenschrieck, Felix, Ueber Prophylaxe d. Pocken. Presse méd. XXXI. 31. 32.

Van Harlingen, Ueber eine vorher noch nicht beschriebene tuberculös-pustulöse Hautkrankheit. Arch. of Derm. V. 4. p. 380. Oct.

Ventura, Edoardo, Fall von Sklerodermie. Gazz. Lomb. 8. S. I. 42.

Vidal, Emile, Ueber sanitätspolizeiliche Massregeln gegen die Pocken. Ann. d'Hyg. 3. S. II. p. 158. Août.

Vidal, E., Ueber Couperose. Gaz. des Hôp. 98. 103.

Vidal, E., Ueber Behandlung d. Lupus durch lineare Scarificationen. Bull. de l'Acad. 2. S. VIII. 46. p. 191. Nov. 18. — L'Union 138. 140.

Vogt, Adolf, Für u. wider d. Kuhpockenimpfung u. d. Impfzwang, oder polem., krit. u. statist. Beiträge zur Pocken- und Impffrage. Bern. J. Dalp'sche Buch- u. Kunsthandlung. gr. 8. 248 S.

Walker, James B., Ueber d. prophylact. Werth d. Einreibungen bei Scharlach. Philad. med. and surg. Reporter. XLI. 8. p. 162. 163. Aug.

Warlomont, E., Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Dec. 13. 20.

Wertheimber, Adolf, Ueber Scharlach. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVI. 49. 50.

White, James C., Zur Aetiologie der Hautkrankheiten. Boston med. and surg. Journ. CI. 17. p. 571. Oct. — Arch. of Derm. V. 4. p. 389. Oct.

Wiesener, J., Ueber d. Pocken in Norwegen von 1865—1874. Norsk. Mag. 3 R. IX. 12. S. 1141.

Wood, Thomas F., Nichthaften d. Vaccination bei Geblatterten. New-York med. Record XVI. 1; July p. 22.

Syphilis.

Drittes Verzeichniss (Fortsetzung von Jahrg. 1879 p. 665 u. 1880 p. 159).

Amidon, R. W., Gummageschwulst im Gehirn. Arch. of Med. II. 3. p. 340. Dec.

Arnould, J., Ueber d. Alter d. Syphilis. Gaz. hebd. 2. S. XVI. 32.

Barberet u. Chouet, Ueber Arteriitis syphilitica. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 486. Sept.—Oct.

Baudin, Léon, Fall von Pericarditis blennorrhagica. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 530. Sept.—Oct.

Bergh, R., Bericht über d. Abtheil. f. Syphilis u. Hautkrankh. im allgem. Hospital zu Kopenhagen f. 1878. Hosp.-Tidende 2. R. VI. 42. 43. 45.

Boileau, J. P. H., Ueber Behandlung d. Syphilis ohne Quecksilber. Brit. med. Journ. July 19.

Bruckner, Constantin, Ueber Syphilis nodosa. Inaug.-Diss. Würzburg 1878. 8. 38 S. mit 1 Taf.

Bucquoy, Ueber syphilit. Fieber und dessen Diagnose von Fieber bei Typhus. Gaz. des Hôp. 106.

Bulkley, Syphilit. Analgesie. Arch. of Derm. V. 3. p. 254. July.

Bulkley, L. Duncan, Fälle von Schanker der Lippe, wahrscheinlich durch Cigarren übertragen. Arch. of Derm. V. 4. p. 343. 372. Oct.

Charlouis, M., Ueber Behandlung hartnäckiger serpiginöser syphilitischer Ulcerationen. Geneeskund. Tijdschr. v. Nederl. Indië N. S. VIII. 6. p. 351.

Cheadle, Epileptische Convulsionen und Hämoptyse; syphilit. Gummata in Gehirn u. Leber. Med. Times and Gaz. Oct. 4. p. 396.

Deahna, Fall von hämorrhagischer Syphilis. Würtemb. Corr.-Bl. XLIX. 40.

Demange, Emile, Ueber Syphilis der Leber. Revue méd. de l'Est XI. 16. p. 481. Août.

Drysdale, Charles R., Ueber den Zeitpunkt und die Dauer der Quecksilberbehandlung bei Syphilis. Arch. of Dermat. V. 3. pag. 242. July.

Ehrlich, P., Ueber syphilit. Herzinfarcte. Ztschr. f. klin. Med. I. 2. p. 378.

Emminghaus, Chron. schwartenbildende Leptomeningitis syphilitica. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. X. 1. p. 282.

Fetzer, Osc., Die Behandl. d. Syphilis in d. Tübinger Klinik. Inaug.-Diss. Tübingen. Fues. 8. 54 S.

Fournier, Ueber syphilit. Gummata. Gaz. des Hôp. 105. 107.

Fox, Prolongirte syphilit. Inoculation. Arch. of Dermat. V. 3. p. 267. July.

Fürbringer, Paul, Zur localen u. resorptiven Wirkungsweise einiger Mercurialien bei Syphilis, insbesond. des subcutan injicirten metallischen Quecksilbers. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIV. 2. p. 129.

Gosselin, Ueber Verengerung d. Rectum syphilit. Ursprungs u. deren Behandlung. Gaz. des Hôp. 96.

Gosselin, Syphilit. Schanker u. strumöser Bubo; Roseola u. Eczem. Gaz. des Hôp. 149.

Grefberg, Fall von hereditärer Syphilis. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 2. p. 146.

Grünfeld, Josef, Ueber Vererbung u. Uebertragung von Syphilis bei Neugeborenen. Wiener med. Presse XX. 47.

Güntz, J. Edmund, Die Syphilis d. Schulkinder. Memorabilien XXIV. 11. p. 503.

Hagemann, Paul, Syphilis-Recidiv oder Chancroid (Pseudochancre induré). Nebst einem Beitrag über syphilit. Lymphdrüsen-Erkrankung. Inaug.-Diss. Würzburg 1878. 8. 33 S.

Hampeln, P., Behandlung d. Syphilis mit Sublimat-Injectionen. Petersb. med. Wchnschr. IV. 36.

Henop, W., Fall von luetischer Erkrankung d. Lungen. Dtsch. Arch. f. klin. Med. XXIV. 2. p. 250.

Huguenard, Rheumatismus blennorrhagicus nodosus. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 525. Sept.—Oct.

Hutchinson, Herpes syphiliticus. Lancet II. 17; Oct. p. 613.

Jamieson, W. A., Lupus syphiliticus hereditarius. Edinb. med. Journ. XXV. p. 162. Aug.

Kane, John J., Syphilit. Periostitis d. Hirnschale. New-York med. Record XVI. 9; Aug. p. 214.

Kassowitz, M., Die normale Ossification u. d. Erkrankungen des Knochensystems bei Rhachitis und hereditärer Syphilis. Wiener med. Jahrb. 2. p. 145.

Köbner, Heinr., Ueber „provocatorische Aetzung“ zur Diagnostik d. Syphilis u. d. sog. pseudo-indurirten Schanker. Berl. klin. Wchnschr. XVI. 51.

Krishaber, Ueber die Respirationsstörungen bei syphilit. Affectionen d. Larynx. Gaz. des Hôp. 137.

Lassen, H. A., Zur Prostitutionsfrage. Ugeskr. f. Läger 3. R. XXVIII. 5.

Martini, O., Zur Therapie d. Lues. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden 1878—1879. p. 60.

Mauriac, Bubon d'emblée. Gaz. des Hôp. 94. 97.

Meyer, Joseph, Vollständige Pharynxstrictur in Folge von Syphilis. New-York med. Record XVI. 8; Aug.

Mraček, Franz, Die Verletzungen am Frenulum praeputii, ihr Entstehen u. ihre Behandlung. (Prof. v. Sigmund's Klinik.)- Wiener med. Presse XX. 32.

Mraček, Fall von eigenthümlicher Uebertragung der Syphilis. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 44.

Otis, Fessenden N., Zur Pathologie d. Syphilis. Boston med. and surg. Journ. CI. 13. p. 427. Sept.

Otis, F. N., Ueber Chankroid. New-York med. Record XVI. 10. 12; Sept.; 14; Oct.

Palmerini, Ugo, Manie mit Hemiplegie, durch Syphilis der Hirnarterien bedingt. Arch. Ital. per le mal. nerv. ed alien. ment. XVI. 6. p. 359. Nov.

Parrot, Ueber Behandlung der hereditären Syphilis bei Neugeborenen. Gaz. des Hôp. 100.

Paschkis, Heinrich, Ueber d. Behandlung syphilitischer Geschwüre. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. V. 19. 20.

Patamia, C., Ueber Prophylaxe d. vener. Krankheiten. Giorn. internaz. delle Sc. med. I. 9. p. 976.

Qvist, Ausgedehnte Haut- u. Knochen-Ulcerationen am Kopfe in Folge von Syphilis. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 2. p. 140.

Richet, Syphilit. Osteoperiosteitis d. Sinus maxillaris. Gaz. des Hôp. 81.

Rizet, Felix, Ueber „doppelte" Syphilis. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 602. Nov.—Déc.

Robert, Syphilis durch Tätowirung übertragen. Réc. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 609. Nov.—Déc.

Runeberg, Syphilit. Affection d. Hirngefässe. Finska läkaresällsk. handl. XXI. 3 och 4. S. 294.

Schnitzler, Joh., Ueber Lungensyphilis u. ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wiener med. Presse XX. 32. 33. 34. 35. 38.

Seguin, E. C., Paraplegie bei Syphilitischen. Arch. of Dermat. 8. 13 pp.

v. Sigmund, Zur Behandlung d. Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 41.

v. Sigmund, Ueber Mercurial-Salivation. Wiener med. Presse XX. 45. 46.

Squire, Balmanno, Fall von Rupia syphilitica. Med. Times and Gaz. Nov. 8.

Surmay, Ueber Gehirn-Syphilis. L'Union 87.

Taylor, Ueber d. Wesen d. Syphilis. Arch. of Dermat. V. 4. p. 394. Oct.

Thomas, W. R., Ueber einige Erscheinungen d. Syphilis. Lancet II. 7; Aug.

Thomson, Hugh., Ueber Syphilis vaccinalis. Glasgow. med. Journ. XII. 8. p. 144. Aug.

Vidal, Ueber Hautsyphiliden. Gaz. des Hôp. 123. 125.

Wolff, A., Zur Frage d. paternen Infection bei hereditärer Syphilis. Strassburg. Hagemann & Co. 8. 35 S.

Zeissl, Zur Therapie d. Trippers bei Männern. Wiener med. Wchnschr. XXIX. 38. 39. 40.

Originalabhandlungen.

Zur Kenntniss der Milzsyphilis.

Von Dr. **L. Gold** aus Odessa.

Aus Dr. **Chiari's** Prosectur im Rudolfspitale in Wien.

(Hierzu Tafel X.)

Während die durch die Syphilis gesetzten Veränderungen in vielen Organen des menschlichen Körpers, so in der Haut, in den angrenzenden Schleimhautpartien, in den Knochen und in anderen in anatomischer Hinsicht gewöhnlich so charakteristisch sind, dass ihre Diagnose meist ganz sicher gemacht werden kann, gibt es Organe, in denen die bestimmt als syphilitisch zu bezeichnenden Erkrankungen sehr selten sind. Zu diesen Organen gehört auch die Milz. Man findet sie zwar oft genug in den Leichen syphilitisch gewesener Individuen verändert, jedoch sind diese Veränderungen meist so beschaffen, dass sie auch aus anderen Ursachen, als aus der Syphilis ihren Ursprung nehmen konnten. Die in solchen Fällen constatirte chronische Intumescenz des Organs, Verdickung der Trabecularsubstanz, Schwielenbildung in der Kapsel, narbige Einziehung an der Oberfläche und amyloide Entartung des Parenchyms mögen wohl häufig mit der Syphilis im Zusammenhang stehen, jedoch ist es gewiss sehr schwer, sie nach dem gegenwärtigen Stande unserer anatomischen Kenntnisse von der Syphilis als sicher syphilitischen Ursprunges aufzufassen. Auf derartige Veränderungen beziehen sich auch die meisten Publicationen, welche man in der anatomischen Literatur der Milzsyphilis findet. Eine ganze Reihe von Autoren, wie Lecorché [1]), Pleischl

---

[1]) Schmidt's Jahrbücher, 1857, Bd. 94, p. 61.

und Klob[1]), Meyer[2]), Eberth[3]), Berkeley Hill[4]), S. Gee[5]), Wetzlar[6]), Hedenius[7]), Barlow[8]), Mosler[9]) und Ludwig Fürth[10]) haben an der Milz constitutionell Syphilitischer Intumescenz, Schwielenbildung und Verdickung der Kapsel gefunden. Andere Autoren, wie Dittrich[11]), Hecker[12]), Friedreich[13]), Hilton[14]), Alrik Ljunggren[15]), Oser[16]) und Löwenfeld[17]) trafen die Milz bei hereditärer und acquirirter constitutioneller Syphilis speckig und amyloid entartet.

In der gleichen Weise habe auch ich Gelegenheit gehabt, an der Hand der Sectionsprotokolle des Rudolfspitales vom December 1879 bis jetzt über die Häufigkeit zwar pathologischer, aber nicht bestimmt als syphilitisch sich darstellender Milzbefunde bei in dieser Zeit secirten Leichen constatirt syphilitisch Gewesener Erfahrung zu sammeln. Nachstehende Tabelle gibt das Datum der Section, das Alter und Geschlecht der Individuen, den pathologischen Befund überhaupt und den speciellen Milzbefund von 10 solchen Fällen an.

---

[1]) Wiener medicinische Wochenschrift, 1860, Nr. 8, 9 und 10.

[2]) Schmidt's Jahrbücher, 1862, Bd. 114, p. 312.

[3]) Virchow's Archiv, 1867, Bd. XL, p. 326.

[4]) Syphilis and local contagious disorders, London 1868, p. 130.

[5]) Vielfach citirt.

[6]) Canstatt's Jahresberichte, 1869, Bd. II, p. 558.

[7]) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, 1876, p. 647.

[8]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1877, p. 201.

[9]) Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 8. Bd., 2. Hälfte, p. 142.

[10]) Die Pathologie und Therapie der hereditären Syphilis etc. 1879, p. 58 und 77.

[11]) Prager Viertelj., 1849, Bd. I, p. 20.

[12]) Schmidt's Jahrbücher, 1856, Bd. 89, p. 309.

[13]) Virchow's Archiv, 1857, Bd. XI, p. 387.

[14]) Schmidt's Jahrbücher, 1866, Bd. 130, p. 295.

[15]) Archiv für Dermat. und Syphilis, 1870, p. 547.

[16]) Archiv für Dermat. und Syphilis, 1871, p. 27.

[17]) Canstatt's Jahresb. 1873, Bd. II, p. 582.

Datum der Section	Alter und Geschlecht	Pathologischer Befund überhaupt	Milzbefund
17. December 1879	56 Jahre alte Frau	Pneumonia crouposa. Pericarditis incipiens. Ozaena syphilitica. Periostitis syphilitica cranii et tibiarum. Ulcera syphilitica palati molli	Die Milz etwas grösser, ihre Kapsel stellenweise zu knorpelartigen Höckern umgewandelt.
24. Jänner 1880	56 Jahre alte Frau	Tuberculosis obsoleta apicis pulm. sin. Tuberculosis acuta pulm. et peritonei. Cicatrices et ulcerationes syphiliticae cutis. Ulceratio syph. laryngis et pharyng.	Die Milz etwas grösser, locker.
24. Jänner 1880	36 Jahre alte Frau	Syphilis inveterata (pharyngis, laryngis et nasi). Degeneratio amyloidea. Hydrops universalis	Die Milz um die Hälfte grösser, derb, auf dem Durchschnitt stark glänzend. — Mikroskop.: ihr Parenchym beträchtlich amyloid.
2. April 1880	31 Jahre alter Mann	Carcinoma medullare ductus choledochi cum stenosi hujus et dilatatione ductuum biliferorum. Icterus universalis. Carcinoma secund. hepatis. Haemorrhagiae textus cellulosi. — Syphilis (cicatrix penis, pigmentationes cutis).	Die Milz um die Hälfte grösser, derb.
25. April 1880	33 Jahre alter Mann	Tuberculosis chronica apicum pulmonum et intestini crassi. Tuberculosis subacuta pulmonum. Dysenteria. Arthritis deformans articulationis cubiti dextrae. Syphilis (cicatrices, pigmentationes et ulcera cutis, ulcera pharyngis).	Die Milz etwas dichter, aber nicht vergrössert.
7. Mai 1880	51 Jahre alter Mann	Dysenteria follicularis. Phthisis tuberculosa pulmonum et intestini. Morbus Brightii chronic. Concretio cordis cum pericardio. Syphilis (hyperostosis cranii, cicatrices hepatis, glandis penis et reg. inguin. dextrae)	Die Milz aufs doppelte vergrössert, Kapsel verdickt, ihr Parenchym blutreich.
8. Mai 1880	50 Jahre alter Mann	Tuberculosis chronica pulmonum, tracheae, laryngis et genitalis. Cicatrices syphiliticae pharyngis. Oedema glottidis	Die Milz blass, nicht weiter verändert.
9. Mai 1880	30 Jahre alte Frau	Erysipelas faciei. Syphilis (exanthema maculo-papulosum cutis, condylomata lata ad genitalia, intumescentia glandulavum lymph. universalis).	Die Milz um ein geringes vergrössert, blass, locker.

Datum der Section	Alter und Geschlecht	Pathologischer Befund überhaupt	Milzbefund
17. Juni 1880	36 Jahre alte Frau	Tuberculosis chronica pulmonum. Pleuritis tubercul. haemorrhag. sinistra. Syphilis (exanthema papulosum cutis, hyperostosis tibiarum, intumescentia glandularum lymphaticarum, strictura recti).	Die Milz sehr innig an der Nachbarschaft adhärent; Kapsel verdickt, besonders an der convexen Fläche des oberen Poles, woselbst sich eine etwa 6 □ Cent. grosse bis 3 Millim. dicke schwielige Platte in der Kapsel vorfindet. Die Milz bedeutend grösser, 18 Ctm. lang, 10 Ctm. breit, bis 3½ Ctm. dick, 300 Grm. schwer. Ihr Parenchym dicht, mässig mit Blut versehen.
17. Juni 1880	27 Jahre alte Frau	Phthisis tuberculosis pulmonum. Strictura recti (syphilitica), Periproctitis.	Die Milz etwas vergrössert, blass.

Wenn man in dieser Tabelle die Milzbefunde überblickt, so sieht man, dass zwar die Milz meistens (9 mal in den zehn Fällen) pathologisch verändert war, dass jedoch die Diagnose dieser Veränderungen als syphilitischer Erkrankungen gewiss nicht eine sichere genannt werden kann, indem ja auch sonst oft bei den Obductionen die Milz in diesen Formen pathologisch angetroffen wird.

Ganz im Gegensatze zu diesen häufig wahrzunehmenden pathologischen Milzveränderungen überhaupt in den Leichen syphilitisch Gewesener ist der Befund der eigentlichen anatomisch wohl charakterisirten syphilitischen Gummen der Milz ein sehr seltener, so dass ich mir deswegen erlauben will, sowohl die mir bekannt gewordenen bezüglichen Mittheilungen aus der Literatur hier vorzubringen, als auch des Genaueren über einen derartigen Fall zu berichten, den Herr Prosector Docent Dr. H. Chiari am 11. Jänner dieses Jahres im Rudolfspitale secirte und mir zur Bearbeitung überliess.

Bereits Rokitansky erwähnt bei der Besprechung der Lebersyphilis [1]) das Vorkommen von syphilitischen Schwielen und

[1]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 3. Auflage, 3. Bd., p. 254.

verkästen Knoten in der Milz. Virchow[1]) fand in manchen Fällen in der Milz constitutionell-Syphilitischer gelbe, härtere Stellen, die bei der mikroskopischen Untersuchung wenig Pigment, dagegen viel Fett erkennen liessen und die sich daher seiner Ansicht nach mehr den gummösen, als den hämorrhagischen Knoten anreihten.

Biermer[2]) beschreibt zwei Fälle von Milzgummata bei constitutioneller Syphilis. Der erste Fall betraf eine 41jährige Frau mit constatirter Syphilis. Die Milz erschien vergrössert, die gummösen Wucherungen waren linsengross und flach und lagen nahe an der Kapsel. Der zweite Fall betraf eine 46jährige Frau mit constitutioneller Syphilis und ulcerösem Syphilid. In der vergrösserten und gelappten Milz fanden sich 6 gummöse Knoten im Durchmesser von 0·5—1·0 Ctm., welche grösstentheils in regressiver Metamorphose begriffen waren. — Dufeillay[3]) fand in der Milz eines mit pustulösem und tuberculösem Syphilid behaftet gewesenen syphilitischen Mannes mehrere gummöse Knoten mit käsigem Zerfall im Centrum. Wagner[4]) sah Gummata in der Milz 9mal, von denen er 4 Fälle ausführlich mittheilt. In diesen 4 Fällen fand Wagner in der vergrösserten Milz zahlreiche Knoten von kaum Hirsekorngrösse bis 2—6‴ im Durchmesser, von grauweisser und grauröthlicher Farbe und unregelmässiger Gestalt. Die Knoten waren von dem übrigen Milzgewebe mehr weniger scharf, aber nicht kapselartig abgegrenzt und heller, derber und trockener, als das übrige Milzgewebe. Forster und Rees[5]) fanden in der Milz von Leichen Syphilitischer sehr grosse und mehrere zerstreute kleinere Knoten, welche sie als gummöse Knoten bezeichnen. — Samuel Willks[6]) theilt einige unzweifelhafte Fälle mit, in welchen syphilitische Ablagerungen auch in anderen Organen vorhanden waren. Er fand in der Milz umschriebene Knoten nahe der Oberfläche der Kapsel. Die Knoten waren gelb und bestanden bei mikroskopischer Untersuchung aus Fasern, homogener Substanz

---

[1]) Virchow's Archiv, 1858, Bd. XV, p. 319.
[2]) Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde, 1862, I., p. 118.
[3]) Schmidt's Jahrbücher, 1863, Bd. 118, p. 41.
[4]) Archiv für Heilkunde, 1863, Bd. IV, p. 430.
[5]) Schmidt's Jahrbücher, 1863, Bd. 118, p. 40.
[6]) Schmidt's Jahrbücher, 1864, Bd. 123, p. 177.

und Fettkörnchen. — Arnold Beer [1]) stimmt mit anderen Forschern ganz überein, dass die Milzsyphilis eine grosse Variabilität besitze, dass sie entweder als diffuse Hyperplasie und zwar sehr oft oder viel seltener in Form von circumscripten Milzherden, nämlich Käseknoten vorkomme. Letztere Form beschreibt Beer in einigen Fällen constatirter Syphilis. — Gregorič [2]) fand in der durch narbige Einziehungen verkleinerten Milz eines 36jährigen syphilitischen Mannes mehrere Gummaknoten, die die verschiedensten Stadien der Entwicklung hatten. — Hutchinson und Jackson [3]) beobachteten zwei Fälle, in denen im Parenchym der Milz gummöse Knoten waren. — Nach Bäumler [4]) sah Zenker in der Milz syphilitische Gummaknoten. — Birch-Hirschfeld [5]) beschreibt in der syphilitischen Milz Schwielen, in denen sich käsige Knoten finden.

Nebst anderen bereits erwähnten Fällen citirt Jullien [6]) einen Fall von Alling, welchen derselbe im Jahre 1869 in einer anatomischen Gesellschaft vorstellte. In der Milz fanden sich mehrere Gummata von verschiedener Grösse.

Diesen soeben citirten Fällen gummöser Milzsyphilis will ich nun den früher erwähnten neuen Fall anfügen.

Derselbe bezieht sich auf eine 45jährige Frau, K. W., welche von der Abtheilung des Herrn Prof. Prim. Dr. v. Schrötter unter der Diagnose: „Tuberculosis pulmonum, Strictura recti“ zur Obduction gekommen war.

Seit 17 Jahren hatte dieselbe an Syphilis gelitten und war deswegen zu wiederholten Malen im Rudolfspitale behandelt worden. Die Syphilis hatte sich theils in Form von Hautsyphiliden und zwar auch ulceröser Natur, theils in Form einer zu Strictur führenden Verschwärung im Rectum manifestirt.

---

[1]) Die Eingeweide-Syphilis. Tübingen 1867, p. 7, 91, 121, 127, 130 und 160.

[2]) Schmidt's Jahrbücher, 1871, Bd. 151, p. 29.

[3]) Citirt von Lancéreaux, Traité historique et pratique de la Syphilis, 1876.

[4]) Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. III, p. 184.

[5]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 1876, p. 451.

[6]) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1879, p. 920.

Die circa 30 Stunden post mortem vorgenommene Autopsie ergab folgenden Befund:

„Der Körper klein, schwächlich, abgemagert, blass, icterisch, mit reichlichen Todtenflecken rückwärts. Das Haar grau; Pupillen enge; Thorax schmal; Unterleib wenig ausgedehnt.

Die weichen Schädeldecken blass; das Schädeldach compact, im Stirntheile etwas dicker. Die Meningen und das Gehirn blass.

In der Luftröhre serös-schleimige Flüssigkeit; ihre Schleimhaut wie die des Kehlkopfes und des Pharynx blass. Beide Lungen im ganzen Umfange angewachsen, im Allgemeinen gedunsen, leicht ödematös, in den Spitzen durch alte Schwielen, in die käsige Knoten eingeschlossen sind, verdichtet. In der rechten Lungenspitze überdies eine wallnussgrosse Caverne.

Das Herz von gewöhnlicher Grösse. In der Bauchhöhle etwa 150 CCm. dicklichen, eitrigen Exsudates. — Das Peritonäum getrübt, mit fibrinös-eitrigen Exsudatlamellen bedeckt.

Die Leber blass, in ihrer Blase reichliche, dunkle Galle. Der Ductus cysticus und hepaticus zwar durchgängig, jedoch durch schleimig-eitrige Flüssigkeit verlegt.

In der Milz Gummata. (Der bezügliche ausführliche Befund wird später mitgetheilt werden.)

Die beiden Nieren bleich. In der Harnblase sehr wenig Harn.

Der Uterus in seinem Fundus und Corpus durch mehrere in die Wand eingelagerte, bis hühnereigrosse Myome missstaltet. Die Adnexa uteri mit der Nachbarschaft verwachsen. In der Vulva und Urethra alte Narben.

Der Magen ziemlich stark ausgedehnt; in demselben gallig gefärbter Schleim. Der Dünndarm zusammengezogen; in ihm wenig chymöse Stoffe. Im Dickdarme spärliche Scybala. Das Rectum in seiner 15 Ctm. langen unteren Partie der Schleimhaut durch Ulceration vollständig verlustig, in seiner Wand schwielig verdichtet und so stenosirt, dass gerade nur der Zeigefinger durchgeführt werden kann. Das verdichtete periproctale Zellgewebe daselbst im hohen Grade eitrig-jauchig infiltrirt. In den höheren Antheilen des Rectums und im S. Romanum etliche bis kreuzerstückgrosse, rundliche, jetzt zum Theile in Heilung begriffene Substanzverluste.

An den Tibien keine Hyperostose zu finden. Auf dem Durchschnitte des rechten Femur und der rechten Tibia nichts Abnormes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber, Nieren und Milzknoten keine Amyloiddegeneration zu constatiren."

Diagnose: „Strictura recti (syphilitica) subsequente periproctitide et peritonitide purulenta diffusa. Gummata lienis. Tuberculosis obsoleta apicum pulmonum."

Die Untersuchung der Milz erwies das Organ als nicht vergrössert. Dasselbe mass 11 Ctm. in der Länge, 5·5 Ctm. in der Breite und 4 Ctm. in der Dicke. Seine Kapsel war glatt und im Allgemeinen nur unbedeutend verdickt. An der convexen Fläche des unteren Poles zeigte sie eine etwas stärkere Verdickung und war hier im Bereiche einer 4 □Ctm. grossen Fläche in eine bis 2 Mm. dicke fibröse Platte umgewandelt. Bereits von aussen liess sich im oberen Ende der Milz nahe dem Hilus die Existenz eines über wallnussgrossen, harten, unregelmässig geformten Knotens constatiren. Das bestätigte auch der in der gewöhnlichen Weise von der convexen Fläche aus geführte mediane Längsschnitt, indem sich jetzt eine in das Milzparenchym eingebettete, bis an die Kapsel des Hilus heranreichende, nahezu ovoide Geschwulst zeigte, welche circa 5 Ctm. lang und 2·5 Ctm. breit war (vide Fig. 1 *a*). Von der Oberfläche des oberen Milzpoles war sie nur wenige Mm. weit entfernt, ja erreichte sogar stellenweise daselbst die Kapsel, von der der Mitte ihrer Länge entsprechenden Partie der convexen Milzfläche war sie 2·5 Ctm. und von der Oberfläche des unteren Milzpoles 5·5 Ctm. weit entfernt. Ihre Begrenzung gegen das übrige Milzgewebe war in ihrer unteren Hälfte eine zwar zackige, aber doch ziemlich scharfe, nach oben hin ging sie ganz allmälig in letzteres über. Die Geschwulst selbst bestand aus mehreren, kleineren, mit einander verschmolzenen und so eben nur theilweise mehr von einander zu sondernden Knoten, welche der Hauptsache nach aus Narbengewebe zusammengesetzt waren, jedoch allenthalben in das Narbengewebe eingestreut, theils scharf, theils undeutlich abgegrenzte käsige Herde enthielten (vide Fig. 1 *b*). An einzelnen Stellen fand sich im Narbengewebe auch gelbbraunes Pigment eingelagert, ferner zeigten sich in dem Durchschnitte durch die Geschwulst etliche grössere, nicht thrombosirte, sondern noch sondirbare Blutgefässstämme. Das übrige Milzparenchym war etwas derber als normal, dabei blass. Sehr interessant ge-

staltoten sich die histologischen Verhältnisse der Knoten, die an Schnitten derselben nach Erhärtung in Alkohol und Färbung in Carmin studirt wurden. Figur 2 stellt einen solchen durch die Grenzzone zwischen den Knoten in der Milz und dem angrenzenden Milzparenchyme geführten Durchschnitt bei schwacher Vergrösserung (10malig) dar. Die dunkel schattirten Stellen bei *a* sind die käsigen Herde, um sie herum die Schwiele und an letztere angrenzend bei *b* das Milzparenchym. Die Schwiele zeigte verschiedene Beschaffenheit, je nach ihrer Distanz von den käsigen Herden, indem sie in der unmittelbaren Nachbarschaft derselben sehr dicht und zellenarm, in weiterer Entfernung von den käsigen Herden, in der Nähe des Milzparenchyms hingegen als sehr zellenreich sich darstellte. Diese Differenz der Beschaffenheit der Schwiele in den mehr centralen und peripheren Partien eines Knotens zeigt Fig 3 deutlich, indem bei *a* die zellenarme, bei *b* die zellenreiche Schicht wiedergegeben ist. Die Arterien und Venen hatten im Bereiche der Geschwulst in der Milz fast durchwegs eine auffallend starke Intima mit stellenweiser Wucherung des Endothels. An den Capillaren war jedoch nur zum geringsten Theile Endothelwucherung zu sehen. Bei genauerer Besichtigung der Grenzzone der schwieligen Knoten gegen das übrige Milzparenchym liess sich deutlich erkennen, dass die Schwiele aus den sogenannten Zellenbalken der Milz hervorgegangen war, indem nämlich dieselben, wie dies Fig. 4 erkennen lässt, durch allmälige Vermehrung der in ihnen enthaltenen Zellen in die periphersten Antheile des Gummas sich umwandelten. Die Venensinus verödeten dabei vollständig. Die Trabekel in den Knoten waren sehr wenig verdickt, wie das auch Wagner (l. c. pag. 434) für seine Fälle angibt, indem er sagt, dass das Milzsyphilom am wahrscheinlichsten vorzugsweise aus dem Milzgewebe und nur theilweise aus den fibrösen Balken und der Adventitia der Arterien entsteht.

Nach dem Mitgetheilten zeigt sich, dass die Geschwulst in der Milz dieses Falles durch eine Gruppe schwieliger Knoten, die an sich käsige Herde enthalten, gebildet wird. Das ist aber ganz derselbe Befund, wie bei den so oft vorkommenden älteren Gummaknoten der Leber, so dass also in vorliegendem Falle die Diagnose auf gummöse Herde in der Milz wohl mit Sicherheit gestellt werden kann. An eine Verwechslung mit

Tuberculose ist bei der reichlichen Schwielenbildung, dem Mangel von Erweichung und dem immerhin noch nicht hochgradigen käsigen Zerfall nicht zu denken, ebensowenig wie an verschrumpfte ältere Infarcte, da die Lage der Knoten und das Verhalten der Gefässe solchen gewiss nicht entspricht.

Wien, den 12. Juli 1880.

Erklärung der von Herrn Dr. J. Heitzmann ausgeführten Abbildungen.

Fig. 1. Mediane sagittale Durchschnittsfläche der Milz, *a* die Gummata, *b* die käsigen Herde — natürliche Grösse.

Fig. 2. Durchschnitt durch die Grenzzone zwischen den Gummen und dem angrenzenden Milzparenchym. *a* die käsigen Herde, *b* das Milzparenchym. (Vergrösserung 10.)

Fig. 3. Gummagewebe. *a* mehr centrale, *b* mehr periphere Schichte (Hartnack Obj. VIII, Ocular 1.)

Fig. 4. Uebergang der Zellenbalken der Milz in das Gummagewebe. (Hartnack Obj. VII, Ocular 3.)

Fig. 1.

a

b

Fig. 2.

a b b

a a a a

Fig. 3.

b

a

Fig. 4.

Gold: Über Milzsyphilis.

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel & Co. Wien.

Ueber Behandlung der Psoriasis.

Von

Prof. Eduard Lang,
Vorstand der syphil.-dermatol. Klinik an der Universität Innsbruck.

Schon seit Jahren habe ich auf Grund meiner Anschauung über Psoriasis bei dieser Krankheit eine antiparasitäre Behandlung Platz greifen lassen und ich will nun darangehen, über die Erfolge dieser Therapie Bericht zu erstatten. Es sei mir jedoch erlaubt, dem Berichte einige Bemerkungen vorauszuschicken.

Ein Jahr nach Publicirung meines „Versuches einer Beurtheilung der Schuppenflechte nach ihren klinischen Charakteren" in Heft 3, Jahrgang 1878, dieser Zeitschrift ist es mir gelungen, bei Psoriasis in der That einen Pilz nachzuweisen, wie ich dies in den Berichten des naturwissenschaftlich-medicinischen Vereines in Innsbruck Jahrgang IX, S. 54 und in dieser Vierteljahresschrift 1879 mitgetheilt. Meine damaligen Angaben und das zu jener Zeit im Innsbrucker naturwissenschaftlich-medicinischen Vereine Vorgetragene (dieselben Berichte Jahrgang X, S. IV) halte ich aufrecht und behaupte auch jetzt, dass bei Entwicklung der Psoriasis ein weitverbreiteter Pilz mitspielt, dessen Keime höchst wahrscheinlich unzählige Male gegen die menschliche Haut anfliegen und naturgemäss an rauheren, weniger glatten Stellen leichter haften bleiben und — bei günstiger (individueller) Disposition des Nährbodens — sich da schliesslich auch ansiedeln. „Es wird gewiss — sagte ich in jenem Vortrage — Keinem, der Gelegenheit hatte viele Kranke und Gesunde zu untersuchen, die Beobachtung entgangen sein, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen die Haut an der Streckseite der Ellbogen- und Kniegelenke (richtiger über der Spina tibiae) nicht nur verdickt, sondern auch

mit stärker hervorspringenden Leisten und tieferen Furchen versehen und meistens auch noch von mehlstaubartigen Epidermisschüppchen bedeckt erscheint. Solche Hautpartien stechen von der Glätte und Reinheit der übrigen Haut in so markanter Weise ab, dass sie wohl nicht leicht zu übersehen sind. — Eben so häufig, ja vielleicht noch häufiger, finden sich Schuppenauflagerungen am behaarten Kopfe vor."

„Die in der Luft in überreicher Fülle suspendirten Pilzkeime werden an glatten Hautflächen weniger leicht haften bleiben, während ihnen die mit Schuppen bedeckte Kopfhaut und die rauheren unebenen Stellen an der Streckseite mancher Ellbogen- und Kniegelenke gewiss günstigere Bedingungen für eine Ansiedelung bieten werden. Dass die zu Tausenden an solche Partien herankommenden Sporen nicht immer auch zu einer Mykose führen werden, ist wohl sehr wahrscheinlich; die Pilzkeime werden vielmehr selbst gegen solchermassen veränderte Hautpartien gewiss lange Zeit hindurch vergebens heranfliegen, bis es einer oder der anderen Spore endlich glückt, dauernd Boden zu fassen. Ist das aber einmal geschehen, ist nämlich die mit Schuppen bedeckte, behaarte Kopfhaut oder die verdickte unebene Haut an der Streckseite der Knie- und Ellbogengelenke der Sitz einer Pilzvegetation geworden, dann werden die betreffenden Stellen bald auch jene Veränderungen darbieten, wie sie nach einer geglückten Pilzansiedelung einzutreten pflegen, nämlich deutliche Abgrenzungen gegen das Gesunde durch Bogenlinien."

„Es ist gewiss gestattet, in den besprochenen Verhältnissen den Grund dafür zu suchen, dass die Psoriasis so auffallend häufig am behaarten Kopfe und an der Streckseite der Knie- und Ellbogengelenke erscheint."

Da ich meine hierauf bezüglichen mikroskopischen Studien demnächst ausführlicher mitzutheilen beabsichtige, so kann ich mich jetzt auf die Darstellung des therapeutischen Theiles beschränken. Hiebei gedenke ich aber durchaus nicht als Lobredner eines oder des anderen Mittels aufzutreten, das in Bezug auf momentane Beseitigung von Psoriasisplaques allen übrigen vorgezogen zu werden verdient, sondern lege bei Werthschätzung der Behandlung das Hauptgewicht darauf: wie lange ist Wiederkehr der Psoriasis ausgeblieben. Und da zeigte sich nun, dass defi-

nitive (oder wenigstens lang andauernde) Heilung nicht von der Anwendung eines bestimmten Mittels, sondern von einer consequent durchgeführten, methodischen antiparasitären Behandlung abhängig ist.

Von meinem Gesichtspunkte aus kann ich hier nur jene Fälle einbeziehen, die

1. so lange in meiner Behandlung geblieben sind, bis die Psoriasis vollkommen zum Schwinden gelangte, und bei denen ich

2. Gelegenheit bekam, die Haut auch nachträglich zu untersuchen.

Da ich auf beide Punkte einen grossen Werth lege, so muss die Anzahl der zu veröffentlichenden Fälle bedeutend zusammenschmelzen. Ist schon die Herbeiführung der ersten Bedingung nur selten möglich, weil es ungemein schwer ist, dem Patienten, der sich im Uebrigen gesund fühlt und der überdies in den meisten Fällen wiederholt die Erfolglosigkeit mancher Therapien erprobt hatte, dazu zu bestimmen, dass er bis zur Tilgung des letzten Psoriasisrestes im Spital verweile; so ist es oft noch schwieriger, den von Psoriasis Befreiten, wenn er einmal das Spital verlassen hat, zu eruiren, um eine nachträgliche Untersuchung zu ermöglichen.

Selbst die wenigen, mir zu Gebote stehenden Fälle werden jedoch lehren, dass die Schuppenflechte nach der von mir geübten antiparasitären Methode für viel längere Zeit ausbleibt, und dass dieses Ereigniss viel häufiger eintritt, als nach den bisherigen Erfahrungen anderer Autoren zu erwarten steht.

Ich lasse nun die Fälle folgen:

I. Ein 47 Jahre alter Kutscher, U. Johann, ledig, wurde am 25. Februar 1874 mit einer über den Kopf, Stamm, die Genitalien, oberen und unteren Extremitäten ausgebreiteten Psoriasis, deren einzelne Plaques linsen- bis flachhandgross waren, aufgenommen. Die Krankheit hatte vor einem Jahre am behaarten Kopfe unter Jucken ihren Anfang genommen und nach mehreren Monaten erst über den übrigen Körper, mit Ausnahme der Flachhände, der Fusssohlen und der Beugeseiten der Ellbogen- und Kniegelenke, sich ausgebreitet. Verordnet wurden zweimal täglich Bäder, Abreibungen mit Sapo viridis im Bade, Einsalbungen mit Carbolöl (1 : 60) und Verweilen in Kotzen durch 1—2 Stunden nach jeder Einölung. Bis April war jede Spur

von Psoriasis geschwunden. Den 6. Mai 1874 verliess Patient das Krankenhaus mit der Weisung, in der bei uns geübten Weise vorzugehen, falls irgendwo die Krankheit neuerdings auftauchen sollte. Herr Operateur Dr. Liebl hatte den Mann bald nach dem Austritte aus dem Spitale wegen Schuppenbildung am Kopfe Carbolöl anwenden lassen; nach einigen Wochen war keine Schuppenbildung mehr wahrzunehmen und in der Folge — nach gefälliger Mittheilung des Herrn Dr. Liebl — nirgends eine Psoriasisefflorescenz aufzufinden. Am 20. Juli 1879 habe ich den Mann, der auf der medicinischen Klinik Aufnahme gesucht, von da aber als der Simulation verdächtig abgewiesen worden, selbst zu untersuchen Gelegenheit bekommen, aber weder am Kopfe noch irgendwo am Körper eine Spur von Psoriasis entdecken können; nach mehr als fünf Jahren war hier somit die Schuppenflechte noch nicht zurückgekehrt.

II. Bei der 27 J. alten Dienstmagd, O. Crescenz, deren Eltern und Geschwister nie hautkrank waren, hatten sich vor drei Jahren an den Armen kleine juckende Knötchen gebildet, die durch rasche Ausbreitung über grössere Hautflächen zu einem dem gegenwärtigen ganz ähnlichen Ausschlage geführt haben; derselbe ist auf Anwendung einer Salbe schon nach kurzem Bestande besser geworden. Vor 6 bis 8 Wochen lebte der Ausschlag wieder auf und verbreitete sich über den Körper trotz einer in Anwendung gebrachten grünen Salbe. Aufnahme am 4. Februar 1875. Man fand Psoriasis am behaarten Kopfe, am Stamme, den Extremitäten, ja selbst in der Vola und Planta. Am Stamme waren die Efflorescenzen punkt- und scheibenförmig, in der Nähe der Genitalien herrschte die Gyrata und an den Streckseiten der Ellbogengelenke die Diffusa vor. Im Uebrigen war die Haut zart, die Pat. ziemlich gut genährt. Bis zum 5. Mai kam dieselbe Behandlung wie im vorigen Falle zur Anwendung, nur bekam die Kranke ausserdem noch arsenikhältige Pillen, die vom 15. März angefangen durch innerlichen Gebrauch von Salicylsäure ersetzt wurden. Im Monat April tauchten einige neue rothe Knötchen auf, die wieder erblassten. Die früheren Efflorescenzen bildeten sich stetig aber etwas träge zurück, weshalb die Pat. vom 5. Mai angefangen statt mit Carbolöl mit Theer eingerieben wurde, worauf raschere Involution folgte. Am 22. Mai 1875 trat die Kranke aus der Behandlung. Nach langem vergeblichem Suchen ist es endlich Herrn Dr. Fritz — einem Schüler unserer Fakultät — gelungen, die Person im Monat April 1878 aus-

findig zu machen und zu untersuchen; die Psoriasis war nicht wieder aufgetreten, von dem Ausschlage war keine Spur anzutreffen; somit war nach drei Jahren noch kein Recidiv zu verzeichnen. — Am 14. November 1880 habe auch ich die Person zu Gesichte bekommen und an den Extremitäten und am Kopfe Psorasis-Efflorescenzen angetroffen, die erst vor zwei Monaten aufgetaucht sein sollen.

III. U. Martin, 13 Jahre alt, Maurer-Handlanger, verspürte vor 5 Wochen Jucken am Stamme; nach wenigen Tagen fielen daselbst der Stiefmutter kleine mit weissen Schuppen bedeckte Stellen auf, die sich einige Tage darauf auch an den Armen zeigten. In der Familie keine ähnliche Erkrankung. Bei der am 18. October 1877 erfolgten Aufnahme fand sich eine Psoriasis guttata, numularis und annularis am Stamme und an den Armen vor; Kopf und untere Extremitäten waren verschont. Der Knabe erhielt täglich ein Bad, in welchem er mittelst eines Wolllappens mit Schmierseife bis zum Wundwerden der Efflorescenzen abgerieben wurde; hierauf erfolgte Einsalbung mit 2%igem Carbolöl und Verweilen in einer Wolldecke durch mehrere Stunden. Bis zum 24. November waren bis auf einige Spuren am linken Oberarme sämmtliche Efflorescenzen geschwunden. Den 3. December war nichts mehr zu sehen; Carbolöleinreibungen blieben weg, die Bäder jedoch wurden noch gebraucht. Am 23. December und am 2. Januar erschienen am Oberarm und am Handrücken der linken Seite einige rothe Flecken, die vorsichtshalber mit Carbolöl abgerieben und seit dem 20. Januar durch einige Tage mit einem Carbolpflaster bedeckt wurden. Die Flecken verblassten im Monat Februar vollends und Pat. trat am 8. März 1878 aus der Behandlung. Ich hatte Gelegenheit, den Knaben zu wiederholten Malen, das letzte Mal am 2. November 1880 — also nach beiläufig $2^3/_4$ Jahren — genau zu untersuchen; nie konnte eine Spur der Psoriasis nachgewiesen werden.

IV. O. Peter, 38 J. alt, Taglöhner, wurde am 28. November 1877 mit einer Psoriasis aufgenommen, die die Unterschenkel und Vorderarme in ihrer ganzen Ausdehnung in Form von Schuppenpanzern und die Oberarme, Oberschenkel, den Stamm, Nacken und die behaarte Kopfhaut in Form von punkt- bis thalergrossen, theils einzeln stehenden, theils confluirenden Efflorescenzen ergriffen hatte; nur die Hals- und Gesichtshaut boten normales Aussehen dar. Hereditäre Anlage war nicht anzunehmen. Die Krankheit hatte im Monat Juli

1877 mit einem thalergrossen, schuppenden, am linken Unterschenkel auftauchenden Flecken, der etwas Jucken verursachte, ihren Anfang genommen. Behandlung wie im vorigen Falle, nur kam statt des 2%igen 3%iges Carbolöl in Gebrauch. Vom 29. December, bis zu welcher Zeit fortwährende Besserung zu constatiren war, wurde die Procedur (Baden, Abreiben, Einölen und Verweilen in Wolldecken) zweimal täglich vorgenommen. Mitte Januar waren nur noch Spuren vorhanden und am 8. Februar auch diese nicht mehr nachzuweisen; die Behandlung wurde trotzdem in gleicher Weise fortgesetzt. Am 13. Februar und am 2. März wurden einzelne verdächtige rothe Pünktchen am Rücken mit dem scharfen Löffel abgeschabt. Vom 29. März angefangen wurde — obwohl sich nichts mehr zeigte — statt des Carbolöls eine 8%ige Carbolsalbe eingerieben und am 15. April 1878 der Pat. entlassen. — Am 18. October 1880 kam Pat. wieder auf meine Klinik mit zahlreichen, nicht über pfenniggrossen Psoriasis-Efflorescenzen an den Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel und einzelnen zerstreuten Blüthen am übrigen Körper. Die Krankheit soll vor 3—4 Wochen zuerst am rechten, dann am linken Knie wieder aufgetaucht sein; bis dahin will der Kranke nicht die Spur eines Ausschlages bemerkt haben.

V. Die am 14. December 1877 aufgenommene 20jährige Magd, K. Elise, bemerkte vor zwei Monaten an der Streckseite beider Ellbogen- und Kniegelenke fast gleichzeitig rothe Flecke entstehen, die juckten und sich mit weissen Schuppen bedeckten; vor drei Wochen wurden ähnliche Veränderungen am Kopfe und dann am Stamme wahrnehmbar. Bei der Aufnahme fand man über den Ellbogen und Knieen, sowie an den grossen Labien grosse zusammenfliessende, am Stamme und am behaarten Kopfe nicht über linsengrosse Psoriasis-Efflorescenzen. Patientin erhielt täglich 2 Bäder, wurde jedesmal mit Schmierseife energisch eingerieben, dann mit 2%igem Carbolöl eingesalbt und für einige Stunden in Wolldecken gehüllt; innerlich Ferrum, um die Menses zu regeln. Die Rückbildung der Efflorescenzen erfolgte nur sehr langsam, weshalb vom 17. Januar angefangen 3%iges Carbolöl in Verwendung kam. Den 1. Februar wurde bei einigen Efflorescenzen der scharfe Löffel zu Hilfe genommen und am 10. März das Carbolöl durch eine Carbolpräcipitatsalbe (4 : 10 : 100) ersetzt, die aber nach 16 Tagen wegen Stomatitis weggelassen werden musste; ausserdem Darreichung von Jodkalium. Den 10. April hörte die Sto-

matitis auf, es wurde das Jodkalium ausgesetzt; täglich ein mit Hepar sulfuris versetztes Bad und Einreibung mit der Carbolsalbe. Endlich auffälligere Rückbildung der Efflorescenzen, zu deren schnellerer Maceration vom 15. April angefangen jede 2. Nacht ein Kautschukanzug angelegt wurde; einzelne Blüthen wurden überdies geschabt. Am 15. Mai noch immer keine Heilung; Anwendung von Chrysophansäure-Salbe (4 : 20). Den 19. Mai erkrankte Pat. an Blattern, so dass die Behandlung bis zum 13. Juni unterbrochen werden musste; nur an den Knien und den Ellbogen waren Reste von Psoriasis zu sehen, gegen die Chrysophansäure-Salbe in Gebrauch kam. Am 22. Juni 1878 trat die Kranke aus dem Spitale; Heilung war noch nicht erfolgt. Während der weiter fortgesetzten ambulatorischen Behandlung (die freilich nur mangelhaft ausfallen konnte) kam es zu einzelnen Nachschüben. — Am 10. Mai 1879 fand das Mädchen wegen einer Endometritis Aufnahme auf meiner Klinik, zu welcher Zeit die Streckseite der Knie- und Ellbogengelenke, die behaarte Kopfhaut Psoriasis-Efflorescenzen darboten, die überdies auch am Stamme in spärlicher Zahl und Ausdehnung anzutreffen waren. Als nach 14 Tagen die endometritischen Erscheinungen geschwunden waren, wurde auf Wunsch der Kranken die Behandlung der Psoriasis neuerdings aufgenommen. Pat. erhielt Bäder, nach welchen die erkrankten Hautpartien mit einer Chrysophansäure-Salbe (am Kopfe kam nur in der ersten Zeit eine Styrax-Pomade 1 : 5 in Anwendung) eingepinselt wurden; nur hie und da hatte die Salbe wegen stärkerer Reaction der Haut für wenige Tage ausgesetzt zu werden. Ende Juli schien überall Heilung erfolgt zu sein; nur am Kopfe, an den Ellbogen- und Kniegelenken fand sich Schuppenbildung vor, welche den Charakter einer ausgesprochenen Psoriasis wohl nicht an sich trug, aber doch die Besorgniss einflösste, dass hier die gefürchteten Efflorescenzen alsbald zu deutlicher Entwickelung gelangen könnten. Von August angefangen blieben die Stellen in Beobachtung und als aus denselben sich keine Psoriasis-Plaques ausbildeten, wurde die Kranke den 24. September 1879 entlassen. — Dieses Mädchen habe ich sehr oft zu Gesicht bekommen und gefunden, dass die Haut des Kopfes, des linken Knies und beider Ellbogen immer durch vermehrte Schuppenanhäufung sich auszeichneten, dass aber eine unzweideutige Psoriasisblüthe nirgends anzutreffen war; noch am 25. October 1880 konnte ich eine Veränderung dieses Befundes nicht constatiren.

VI. Der 24 Jahre alte Fabriksweber, G. Josef, wurde am 27. Dec. 1877 mit einer Psoriasis guttata aufgenommen, die mit Ausnahme der Hände, der Füsse und des Gesichtes über den ganzen Körper ausgebreitet und besonders stark an der Streckseite der Extremitäten vertreten war. — In der Familie kam ein solches Leiden nicht vor. Bei dem Kranken nahm es vor 4 Wochen seinen Anfang und ging von einem mässig juckenden Fleckchen der linken Leiste aus. — Da der Kranke photographirt und gemalt werden sollte, so wurde erst am 18. Januar mit der Behandlung begonnen, die in Bädern, Abreibungen, Einpinselung mit 2 %igem Carbolöl und Einpackung in Wolldecken bestand. Bis zum 2. Februar war rasche Rückbildung der Schuppenflechte zu bemerken und eine weitere Beschleunigung der Heilung durch Verstärkung des Carbolöls (3 %) versucht worden. Den 3. März zeigten sich jedoch Zeichen einer Carbolintoxication; Appetitmangel, Eingenommenheit des Kopfes, grünliche Farbe des Harns und mässiges Fieber waren vorhanden; die Carboltherapie wurde ausgesetzt und innerlich verdünnte Schwefelsäure gereicht; vorübergehend nahm Patient auch salicylsaures Natron. Gegen die Psoriasis, die nur selten mehr eine verdächtige Stelle aufwies, kamen nur Schwefelbäder in Gebrauch und vom 31. März angefangen wurde die Haut überdies noch durch Anlegen eines Kautschukanzuges während der Nacht macerirt. Wegen zu starker Maceration der Haut wurde der Kautschukanzug am 16. April weggelassen und von diesem Tage angefangen 2 Schwefelbäder täglich genommen. Seit März war kein Nachschub zu bemerken, weshalb der Patient vom 3. Mai angefangen nur ein Schwefelbad erhielt und am 16. Mai 1878 aus der Behandlung entlassen wurde. Diesen Mann habe ich öfters, das letzte Mal am 4. Nov. 1880 — also dritthalb Jahre nach seiner Entlassung — untersucht: nie konnte eine Spur von Psoriasis entdeckt werden.

VII. Am 19. Februar 1878 liess sich der 46 Jahre alte Sattler, B. Eduard, mit einer Psoriasis aufnehmen, die am behaarten Kopfe und sonderbarer Weise in den Leisten- und Achselhöhlengegenden ziemlich dicht, an dem übrigen Körper jedoch nur in vereinzelten, verschieden gestalteten Efflorescenzen aufgetreten war. Die erste Entwickelung fand vor einem Jahre statt und ging vom Kopfe aus. — Patient wurde in einem Schwefelbade abgerieben, dann mit einer 8 %igen Carbolsalbe eingepinselt und in Wolldecken gehüllt, worauf

schnelle Rückbildung Platz griff. Vom 19. März angefangen brachte der Kranke jede zweite Nacht auch noch in einem Kautschukanzuge zu und wurde eine und die andere Efflorescenz mit dem scharfen Löffel abgeschabt. Der Austritt erfolgte am 7. Mai 1878. Ich untersuchte den Kranken am 20. October 1879 — anderthalb Jahre später — und fand ihn von Psoriasis vollkommen frei. — Weitere Recherchen haben ergeben, dass der Mann im Monate März 1880 an Magenkrebs und Lungenphthise gestorben ist.

VIII. Der 38 Jahre alte Bäcker, M. Johann, der am 13. April 1878 zur Aufnahme gelangte, hat die ersten Spuren seiner Krankheit vor 5—6 Jahren am behaarten Kopfe und an den Unterschenkeln wahrgenommen; mit einer Schwefelseife gelang es ihm, die Unterschenkel, nicht aber den Kopf rein zu bekommen; die weitere Ausbreitung der Schuppenflechte erfolgte erst im letzten Winter. — Bei der Untersuchung präsentirten sich thalergrosse Psoriasisplaques über den Körper zerstreut und am Kopfe am dichtesten gruppirt. — Pat. erhielt täglich ein Schwefelbad und wurde jeden zweiten Tag mit einer Carbolsalbe (1 Carbolsäure : 2 Creta : 10 Ung. spl.) eingerieben und dann in Wolldecken gehüllt. Den 1. Mai waren einzelne Efflorescenzen dem Verschwinden nahe; die Salbe wurde täglich angewendet. Vom 22. Juni angefangen wurden einzelne Residuen mit der Chrysophansäure-Salbe behandelt und am 15. Juli der Patient mit der Weisung entlassen, die Schwefelbäder noch weiter zu gebrauchen. Bei der am 7. December 1879 vorgenommenen Untersuchung fand ich allenthalben Psoriasis-Efflorescenzen vor; dieselben sollen bald nach seinem Austritt aus dem Krankenhause wiedergekehrt sein. Am 19. Mai 1880 liess sich Patient neuerdings wegen seiner Psoriasis aufnehmen. Ob die bis zum 1. August fortgesetzte Behandlung einen dauernden Erfolg haben wird, muss erst die Zeit lehren.

IX. Bei der 50jährigen Schriftsetzersgattin, B. Sophie, wurde die an den Extremitäten in Form von breiten Plaques und am Körper in kleineren Efflorescenzen aufgetretene Psoriasis, die seit sieben Jahren ohne jeden Erfolg behandelt worden war, einer ambulatorischen Therapie unterzogen. — Vom 17. Juli 1878 angefangen nahm die Kranke täglich ein Schwefelbad, in welchem sie mit Schmierseife abgerieben wurde und nachträglich Chrysophansäure-Salbe applicirt erhielt; später wurde nur jeden zweiten Tag gebadet, die Salbe jedoch noch täglich

angewendet. Als die Psoriasis rückgebildet erschien und neue Efflorescenzen nicht mehr auftauchten, wurde immer seltener gebadet und eingepinselt, so dass Mitte November die Einpinselungen mit der Salbe ganz wegblieben und das Schwefelbad nur mehr einmal die Woche gebraucht wurde. — Ich fand die Patientin, die ich zu untersuchen oft Gelegenheit bekam, frei von jedem Nachschube und konnte noch am 25. October 1879 — also ein Jahr später — constatiren, dass die Haut überall ein normales Aussehen darbot. Mitte Juli des darauffolgenden Jahres jedoch, als die Frau ihr 15jähriges Mädchen wegen ausgebreiteter Psoriasis meiner Klinik zur Behandlung zuführte, untersuchte ich auch die Mutter und entdeckte an ihrem rechten Knie wohl nur eine hemdknopfgrosse, aber doch ganz deutlich ausgeprägte Psoriasisblüthe, die sofort der nöthigen Behandlung unterworfen wurde.

Wie ich Eingangs erwähnte, können bei Beurtheilung einer erfolgreichen Therapie der Psoriasis nur solche Fälle verwerthet werden, die genügend lange behandelt und auch nachträglich noch untersucht werden konnten; dass aber bei Beobachtung dieser unerlässlichen Bedingungen auch nach einem längeren Zeitraum die Anzahl der verwendbaren Krankengeschichten sich nur wenig mehren werde, ist wohl selbstverständlich. Ich säume darum auch nicht mit diesen wenigen Mittheilungen und hoffe, dass selbst die bescheidene Ziffer dem Fachmanne die Ueberzeugung beibringen werde, dass eine mit Ausdauer durchgeführte antiparasitäre Behandlungsmethode zu viel besseren Resultaten bei der für unheilbar erklärten Psoriasis führt, als wir es bisher zu beobachten gewöhnt waren. Die Resultate meiner Behandlungsmethode stellen sich nämlich folgendermassen dar:

Nur in zwei Fällen (V und VIII) ist bisher ein Erfolg nicht zu verzeichnen. Einmal (IV) dürfte die Heilung dritthalb Jahre gedauert haben, und die Psoriasis erst nach dieser Zeit aufgetreten sein; doch ist es möglich, da in diesem Falle eine ärztliche Untersuchung nicht vorgenommen wurde, dass dem Patienten eine geringfügige Efflorescenz entgangen sein konnte und somit die Wiederkehr der Psoriasis auf ein früheres Datum zu setzen ist.

In einem Falle (IX) ist die Schuppenflechte erst nach einem Jahre und einmal (II) nach mehr als drei Jahren wiedergekehrt.

Noch nicht recidivirt zeigte sich die Psoriasis in 4 Fällen, u. zw. wurde die Haut noch frei von Psoriasis angetroffen: einmal (VII) nach $1^1/_2$, einmal (VI) nach $2^1/_2$, einmal (III) nach $2^3/_4$ und einmal (I) nach 5 Jahren.

Obwohl ich mir schmeicheln darf, dass die durch meine Behandlungsmethode erzielten Erfolge bessere sind, als nach den bisherigen Anschauungen über die Heilbarkeit der Psoriasis zu erwarten stand, so möchte ich doch nicht den Glauben erwecken, als nehme ich es leicht mit der Behandlung dieser Krankheit; ich betone darum ausdrücklich, dass es zu den schwersten Aufgaben des Dermatologen zählt, andauernde Heilung der Psoriasis herbeizuführen; ich muss aber auch hinzufügen, dass eine mit Consequenz durchgeführte antiparasitäre Therapie diese schwere Aufgabe am ehesten erreichen lässt. Ja, es ist meine Ueberzeugung, dass mit der ferneren Ausbildung des parasiticiden Verfahrens bei der Schuppenflechte, diese Krankheit aufhören wird eine unheilbare zu sein.

Nach meinen bisherigen Erfahrungen glaube ich für eine erfolgreiche Behandlung der Psoriasis folgenden Vorgang empfehlen zu sollen: Bei ausgebreiteten Krankheitsformen werden die aufgelagerten Schuppenmassen durch längeres Verweilen in einfachen oder mit Schwefelleber versetzten Bädern und durch Abreiben mit Schmierseife entfernt; nachträgliche Einsalbung der Haut mit 2%igem Carbolöl und Einhüllung des Kranken in Kotzen (oder Bekleidung mit Flanellhaube und Flanellkleidern) führen in den meisten Fällen schon nach einigen Tagen zu einer bedeutenden Rückbildung sämmtlicher Efflorescenzen. Ist Schuppenauflagerung nicht mehr vorhanden oder in bedeutender Abnahme begriffen, so wird der weitere Process durch Einpinselungen einer Chrysophansäure haltigen Salbe (1 : 10—15) bedeutend abgekürzt; in einer stärkeren Concentration bediene ich mich der Salbe nicht gerne, weil sie um gründlich zu wirken, doch häufig angewendet werden muss, in concentrirterem Zustande aber von der Haut nicht lange vertragen wird; während des Gebrauches der Chrysophansäure lasse ich Bäder etwas selterer nehmen. Bekanntlich darf

dieses Präparat im Gesichte wegen der bald auftretenden, oft sehr heftigen Bindehautreizungen nicht zur Anwendung gelangen; die weniger reizende Pyrogallussäure-Salbe (1:10) bietet in diesen Fällen einen willkommenen, wenn auch nicht so prompt wirkenden Ersatz.

In dieser Weise muss so lange fortgefahren werden, bis durch Wochen auch nicht die Spur einer Psoriasis-Erkrankung mehr wahrzunehmen ist. Wenn möglich behalte ich den Kranken auch noch weiter in Beobachtung, um, wenn irgendwo eine verdächtige Efflorescenz oder gar eine deutliche Psoriasisblüthe auftaucht, die Stelle sofort in Behandlung ziehen zu können und eine Wiederkehr der Erkrankung — wie etwa bei Favus — zu verhindern. Freilich können darüber Monate der aufmerksamsten Behandlung (über 4 Monate in einem meiner Fälle, wo bisher Wiederkehr der Psoriasis ausgeblieben ist) verstreichen, wenn man aber erwägt, dass Psoriatiker sonst auch noch nach 6monatlicher Spitalsbehandlung mit deutlichen Efflorescenzen behaftet zu sein pflegen, und anderseits dass der Favus zu seiner völligen Tilgung eine durchschnittliche Behandlungsdauer von einem halben Jahr erfordert, so wird die zur erfolgreichen Behandlung der Psoriasis nöthige Zeit nicht mehr als sehr lange gelten.

In Fällen, wo nur vereinzelte Psoriasis-Efflorescenzen vorliegen, kann die Behandlungsdauer bedeutend abgekürzt werden. Bei einigen meiner Ambulanten, die neben Psoriasis am Kopfe auch sonst noch einzelne Blüthen dargeboten, sind letztere nach Abschaben mit dem scharfen Löffel ein für alle Mal ausgeblieben.

Es ist selbstverständlich, dass ich im Uebrigen von jedem Verfahren, bei welchem die Principien zum Ausdrucke gelangen, welche bei Behandlung der Hautmykosen Geltung haben, einen Erfolg erwarte. Nicht das Mittel, sondern die Art, wie es gehandhabt wird, führt zum Ziele.

Bei den allgemein als Mykosen anerkannten Hautkrankheiten haben wir zur Genüge erfahren, dass eine individuelle Disposition ihre Entwickelung sehr zu begünstigen im Stande ist; am allerwenigsten kann aber die individuelle Disposition bei Psoriasis übersehen werden. Leider besitzen wir bis heute kein Mittel, von dem wir mit Bestimmtheit anzugeben wüssten, dass es innerlich gereicht, das Individuum so weit umstimme, dass die Disposition für Psoriasis vollkommen erlöschen würde. Der Arsenik und

die Carbolsäure, innerlich genommen, sind wohl im Stande, ein Abblassen der Psoriasis-Efflorescenzen zu verursachen; da es aber nicht ausgeschlossen ist, dass diese beiden Gifte nur insofern zu einer Wirkung gelangen, als sie durch das circulirende Blut und weiter durch die Gewebsflüssigkeiten mit den Efflorescenzen in directe Berührung gelangen, so erscheint es vorläufig zweckmässiger, solche Präparate auf kürzerem Wege auf die Psoriasis-Blüthen einwirken zu lassen, mit anderen Worten: sein Hauptaugenmerk auf die äusserliche Behandlung der Schuppenflechte zu richten.

Zum Schlusse erwähne ich noch eines Präparates, auf das mich vor längerer Zeit Prof. v. Barth aufmerksam gemacht hatte, das ich aber wegen seiner braunen Farbe nicht versuchen wollte: es ist die Rufigallussäure. Erst als ich immer wieder erfahren musste, dass das vorzügliche Antipsoriaticum, die Chrysophansäure, selbst in verdünntem Zustande im Gesichte und am Kopfe wegen der nachfolgenden oft intensiven Bindehautreizungen nicht angewendet werden kann, die weniger reizende Pyrogallussäure aber in ihrer Wirkung der Chrysophansäure weit nachsteht, so griff ich zu der mir schon früher empfohlenen Rufigallussäure und war ganz erfreut — entgegen der von anderer Seite aufgestellten Behauptung — in ihr ein sehr wirksames Mittel gegen Psoriasis gefunden zu haben, das überdies im Gesichte und am Kopfe applicirt die Conjunctiva in gar keine Mitleidenschaft zieht.

Die Rufigallussäure $C_{14} H_8 O_8$ bildet rothbraune Krystalle mit 2 Molecülen Krystallwasser, ist in Wasser, Alkohol und Aether nur schwer löslich; in Alkalien löst sie sich mit brauner Farbe. Da die Verbindung nicht annäherungsweise die reducirenden Eigenschaften der Pyrogallussäure besitzt, so dürfte sie auch auf den thierischen Organismus keine ähnlichen toxischen Wirkungen üben und auch darum der letzteren vorzuziehen sein.

Ich habe die Rufigallussäure in Salbenform (1 : 10) — mit Zuhilfenahme von etwas Oel bereitet — genau so wie die Chrysophansäure-Salbe angewendet und kann sie nach meinen aus jüngster Zeit stammenden Erfahrungen bestens empfehlen.

Versuche über die Quecksilberausscheidungen durch den Harn nach Quecksilberkuren[1].

Von

Dr. Oberländer,
königlichem Polizeiarzt in Dresden.

(Hierzu 3 Curven-Tafeln XI, XII, XIII.)

Die Fragen: Wie lange verweilt das therapeutisch längere Zeit verabreichte Quecksilber im menschlichen Organismus? Auf welche Art und Weise, auf welchen Wegen und zu welcher Zeit scheidet es aus demselben aus? sind für die Syphilis und deren Heilung von grosser Wichtigkeit. Auch der kleinere Beitrag zu ihrer Lösung ist geeignet, das Interesse des Fachmannes zu erwecken, so dass die Herausgabe der folgenden Blätter dem Verf. derselben genugsam gerechtfertigt erscheint.

Während man in früherer Zeit vor der Entdeckung der chemischen Nachweise des Quecksilbers in organischen Substanzen lediglich auf die rohen anatomischen Befunde an den Leichen der an Syphilis oder Merkurialvergiftung verstorbenen Personen beschränkt war und sich aus diesen Befunden eine mehr oder weniger abenteuerliche Theorie über die Verheerungen, welche das Metall im Organismus anrichten könnte, zusammenconstruirte, ist es im Laufe der letzten Jahrzehnte zumal mit Hilfe leichterer und genauerer chemischer Nachweise gelungen, die äusseren Umrisse dieser Frage näher zu präcisiren. Weit vorgeschritten ist ihre Lösung jedoch noch nicht. Auf Details derselben komme ich später zurück.

Im Jahre 1877 hielt Herr Dr. E. Güntz in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden einen Vortrag:

---

[1]) Nach einem Vortrage im Verein für Natur- und Heilkunde in Dresden am 13. März 1880.

„Ueber das Vermögen der Schwefelwässer, die Ausscheidung des Quecksilbers im Harn nach Quecksilberkuren wieder anzuregen.“ Diesem Vortrage, der auch in der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, Jahrgang 1877, im Druck erschien, folgte im Jahre 1878 ein zweiter, in welchem Herr Güntz auch den Salzbädern dieses Vermögen zuschrieb, schliesslich sind auch noch in diesem Jahre die russischen Dampfbäder dazu gekommen. Die mit diesen zusammenhängende neue Theorie der Syphilis und eine Reform der Therapie derselben wurde des weiteren auseinandergesetzt in einer Schrift, betitelt: „Neue Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis und Quecksilberkrankheit mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelwässer und Soolbäder, eine klinische Studie von Dr. E. Güntz.“ Endlich erschien in diesem Jahre eine schon oben erwähnte Arbeit: „Ueber den Einfluss der russischen Dampfbäder auf die Ausscheidung des Quecksilbers bei Quecksilberkranken“ von demselben Verfasser.

Zur Zeit des Erscheinens der ersten erwähnten G.'schen Schrift hatte ich als Assistenzarzt auf der Abtheilung für Syphilis und Hautkranke im Stadtkrankenhause zu Dresden, nach Bekanntwerden der Ludwig'schen Methode des Quecksilbernachweises im Urin, mich damit beschäftigt, an Leichentheilen und im Harn merkuriell behandelter Personen das Quecksilber nachzuweisen und war im Begriffe, nach geeigneten Objecten für längere Versuchsreihen zu suchen.

Nun war aber in den vorerwähnten Arbeiten des Herrn Dr. Güntz zwar sehr oft von der Anregung einer Wiederausscheidung die Rede, jedoch nirgends, abgesehen von einer nebensächlichen Bemerkung, von der freiwilligen Ausscheidung, die spontan und naturgemäss erfolge. Die bis zu jener Zeit geltenden Ansichten über dieses Verhältniss waren von dem Verf. gänzlich ignorirt worden. Noch viel weniger war davon die Rede, dass sich diese Ausscheidungen nach Individualität, Beschäftigungsweise und sonstigem Verhalten des Kranken oder nach Qualität oder Quantität des incorporirten Merkurs richten könnten.

Es ist an dieser Stelle weder Ort noch Zeit, die fehlerhaften und auf Scheinbeweise sich stützenden Theorien, welche der erwähnte Verf. in den angeführten Büchern entwickelt hat, aufzu-

zählen oder zu widerlegen. Nur einiges sei mir gestattet, zur Charakteristik anzuführen. Die Unhaltbarkeit der Theorie der latenten Syphilis Virchow's wird vom Verf. folgendermassen bewiesen: Virchow nimmt bekanntlich an, das syphilitische Gift wäre in den freien Pausen in den indurirten Lymphdrüsen aufgestapelt und zurückgehalten und würde durch irgendwelche unbekannte Veranlassung in die Circulation hinausgetrieben, wo es dann den Ausbruch des Recidivs herbeiführte. Die Theorie hat von manchen Seiten Opposition erfahren und wurde mehrfach das Ergriffensein der ganzen Säftemasse bei der latenten Syphilis behauptet. Diesen Gedanken producirt der Verfasser jedoch als seinen eigenen und als Leitmotiv seiner, nach seinen eigenen Worten „zuerst nach einheitlichem Plane ausgeführten Untersuchungen". Bewiesen wird diese Behauptung jedoch folgendermassen: „Von dem fortwährenden Vorhandensein des krankhaften Agens können wir uns dadurch z. B. überzeugen, dass wir je nach dem Stadium der Krankheit in willkürlicher Weise an beliebigen, zur Zeit nicht abnorm erscheinenden Stellen durch künstlichen Reiz syphilitische Produkte in mehr oder minder deutlicher Weise hervorrufen können. Das kranke Element muss also schon hier vorher zum Aufbau des gesund erscheinenden Gewebes verwendet worden sein und kann nicht eben erst per attractionem aus den Drüsen herbeigezogen gedacht werden." Es ist jedoch bekanntlich innerhalb der oft mehrere Jahre währenden Latenz keineswegs immer möglich, durch künstlichen Reiz „in mehr oder weniger deutlicher Weise" derartige syphilitische Produkte an vorher ganz gesunden Stellen je nach dem Stadium der Krankheit zu erzeugen, man kann bei einem latenten Syphilitischen absolut nicht entweder eine Pustel oder ein Condylom oder wohl gar einen Tophus und ein Gumma willkürlich erzeugen. Trotzdem schliesst der Absatz in dem Buche des Herrn Dr. E. Güntz folgendermassen: „Der Ansicht Virchow's widersprechen die klinische Erfahrung, die anatomische Beobachtung und die Gesetze der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels."

Ein weiteres Beispiel einer Behauptung von weittragender Bedeutung ohne Beweise oder Krankengeschichten ist S. 16 u. 17 derselben Arbeit enthalten. Der Verf. spricht daselbst von der

Fähigkeit der Schwefelwässer, das Incubationsstadium der Syphilis abzukürzen, eine Thatsache, welche manche Aerzte den Aachener Thermen zugeschrieben haben, auch als Autor dieses Gedankens producirt sich Dr. Güntz irrthümlicherweise. Aber gerade hier musste derselbe Gelegenheit nehmen, diesen wirklich stattfindenden Einfluss zu beweisen oder zu erklären, zumal ihm nach seinen eigenen Worten eine grosse Menge Krankengeschichten zu Gebote standen.

Ende des Jahres 1879 erschien ein für die Frage des Einflusses des Quecksilbers auf den Syphilisprocess sehr interessantes Buch [1]). Da ich in der Folge desselben öfter gedenken muss und es auf mehrere, auch durch meine Arbeit berührte Punkte speciellen Bezug hat, so mag dies zur Entschuldigung dienen, wenn die Reproduction einiger Befunde v. Vajda's in etwas breiterer Weise geschieht.

Unter Anderem haben diese Verf. sich über den Zeitpunkt der Quecksilberausscheidung auf Grund ihrer Analysen verbreitet, d. h. nicht einer vermeintlich künstlich hervorgerufenen, sondern der spontanen. „Bei 65 Fällen konnte die Einverleibung des Quecksilbers documentarisch festgestellt werden; bei 39 Fällen fand die Ausscheidung schon während der Einverleibung statt; weiterhin wurden:

16	Fälle in den ersten 8 Tagen nach der Merk.-Kur untersucht u. bei	8	Analysen mit positivem Erfolge verzeichnet.
7	„ „ „ „ 14 „ „ „ „ „ „ „ „	5	
27	„ nach dem 1. Monat „ „ „ „ „ „ „	10	
12	„ „ „ 2. „ „ „ „ „ „ „ „	6	
3	„ „ „ 3. „ „ „ „ „ „ „ „	2	
8	„ „ „ 1. Halbjahr „ „ „ „ „ „ „	3	
13	„ „ „ 2. „ „ „ „ „ „ „ „	2	
9	„ „ einem ganzen Jahr „ „ „ „ „ „ „	3	

Procentisch ausgedrückt ergibt sich hieraus, dass bei:

37%	der untersuchten Fälle im 1. Monat	nach Aufhören der Einverleibung Quecksilber im Harn nachgewiesen werden konnte.
50%	„ „ „ „ 2. „	
66²/₃%	„ „ „ „ 3. „	

[1]) Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess, mit Berücksichtigung des sogenannten Merkurialismus. Klinische und chemische Untersuchungen von Dr. v. Vajda und Paschkis. Wien, bei Braumüller.

Die Verf. sagen alsdann weiter: „Wie man sieht, war also eine Regelmässigkeit zwischen Anzahl der Remanenzfälle und Dauer der Remanenz nicht zu constatiren, was man auf Grund vereinzelter Fälle angenommen hat. Ebenso fand der Satz: Je später die Untersuchung, desto seltener die Ausscheidung, keine Bestätigung. Verhältnissmässig kam die nach Jahren zählende Ausscheidung ebenso häufig vor, als die in den ersten Wochen nach der Behandlung.“

Die Untersuchungen, welche noch später gemacht wurden, hatten das Ergebniss, dass bis zum 13. Jahre nach der Incorporation des Metalls spontane Ausscheidungen constatirt werden konnten.

Mit Overbeck und Voit theilen auch diese Verf. die Ansicht, dass der Merkur im Körper nur in Form einer unlöslichen Verbindung in den Geweben deponirt sein könnte. Dem Einflusse der Qualität und Quantität des gebrauchten Merkurs auf die Ausscheidung widmen die Verf. ebenfalls ein Kapitel, die Resultate ihrer Befunde fassen sie in folgendem Satze zusammen: Die Qualität spielt betreffs Aufnahme und Ausscheidung eine wichtigere Rolle als die Quantität, letztere kommt aber gleich nach der Qualität in Betracht. Ferner finden sie sich zu folgendem Ausspruche veranlasst: „Ein directes Verhältniss (oder überhaupt eine Regelmässigkeit) zwischen Quantität des Merkurpräparates und Dauer der Remanenz ist, wiewohl wahrscheinlich, doch nicht nachweisbar. Dies hängt vielleicht damit zusammen, dass zwischen angewendeter und einverleibter Quecksilbermenge ein noch nicht bekannter Unterschied besteht.“ Ueber die Stoffwechselerhöhung zu Zeiten der Quecksilberausscheidung haben sie nicht Gelegenheit genommen, sich definitiv auszusprechen.

Auch die Luft eines kleinen Zimmers, welches zwei Kranken, die an sich die Einreibungskur durchführten, zum Aufenthalt diente, wurde vermittelst eines Gasometers durch ein Glasrohr gesaugt, welches mit von salpetersaurem Silber imprägnirter Baumwolle angefüllt war. Die Kranken bekamen während dieser Zeit (10 Tage) — das Zimmer blieb ohne Lüftung — heftige Salivation und Gingivitis. Darnach wurde die Baumwolle auf Hg untersucht,

aber keines gefunden. Weiterhin bemerken die Verf.: „Wenn die vielfach gemachte Annahme richtig ist, dass in Räumen, wo speciell Quecksilbersalbe sich befindet, resp. eingerieben wird, die Atmosphäre mit Quecksilberdämpfen geschwängert ist, so müssten z. B. in diesen Localitäten befindliche Genussmittel im Verlaufe der Zeit quecksilberhaltig werden.“ Man hatte zu diesem Zwecke in grossen, flachen Schalen Wein und Wasser zwei und acht Tage dieser vermeintlich merkurhaltigen Luft ausgesetzt, die Analysen dieser Flüssigkeiten ergaben jedoch stets ein negatives Resultat.

Und doch ist die Diffusionsfähigkeit des Quecksilberdampfes eine enorme und man wird annehmen müssen, dass, weil sich diese Dämpfe überallhin auszubreiten suchen, immer nur ein durch die angewendete Methode nicht nachweisbarer minimalster Theil von diesen Substraten aufgenommen worden ist. Für die Beurtheilung des Experimentes wäre es allerdings noch wünschenswerth gewesen zu wissen, wie oft und viel man Luft untersucht, auch die Massverhältnisse des Zimmers in Kubikinhalt, Grösse der Fenster, Dichtigkeit der Mauern zu wissen, war im Grunde genommen nothwendig. Ich stehe nicht an, die Möglichkeit auszusprechen, dass sich doch vielleicht unter geeigneten Umständen in ähnlichen Fällen andere Resultate erzielen liessen. Nach den neuesten Untersuchungen von Merget[1]) halte ich dies sogar für sehr wahrscheinlich. Die älteren Versuche über die Diffusionsfähigkeit der Merkurialdämpfe stammen von Faraday. Der erst erwähnte Forscher hat vor einigen Jahren im Gegensatze zu Faraday gefunden: dass 1. die Verdampfung des Quecksilbers continuirlich erfolgt und selbst durch Erstarrung des Metalls bei —44° C. nicht sistirt wird, 2. dass die Dämpfe des Quecksilbers ein bedeutendes Diffusionsvermögen besitzen. Bei Versuchen, die in Räumen von bedeutender Höhe und Ausdehnung angestellt wurden, ergab sich nämlich, dass sich darin die Dämpfe, welche flüssiges Quecksilber bei verhältnissmässig kleiner Oberfläche verbreiteten, vom Boden bis zur Decke sich nachweisen liessen. Auch fand Merget ein neues und empfindlicheres Reagens als alle bisherigen; als passendstes bezeichnete er Lösungen von Salzen edler Metalle und als

[1]) Dieselben finden sich im Auszug in der Zeitschr. f. analyt. Chemie von Fresenius, Jahrg. 1875, S. 191.

ganz besonders empfindlich ammoniakalisches Silbernitrat. Schreibt man mit einer Lösung dieses Salzes auf Papier und bringt dieses in einen Raum, wo sich die kleinsten Mengen von Hg-Dämpfen befinden, so sieht man in kürzester Zeit, wie sich die Schriftzüge meist schon in wenigen Minuten in Folge der eingetretenen Reduction des Silbersalzes schwärzen.

Mir selbst stehen zu wenig Fachkenntnisse zu Gebote, um die Genauigkeit beider Methoden, der Ludwig'schen und der eben erwähnten Merget'schen zu beurtheilen. Ich wollte nur den zuletzt erwähnten Resultaten von Dr. v. Vajda und Paschkis die rein chemischen Forschungen neuesten Datums über das Quecksilber gegenüberstellen.

Da über die spontanen Ausscheidungen des Quecksilbers aus dem Organismus ihrem ganzen Wesen nach, ebenso über das Verhältniss dieser Secretion zum Stoffwechsel noch keineswegs genügende Untersuchungen bis jetzt vorhanden waren, so stellte ich mir die Aufgabe, dieses Verhältniss so weit wie möglich kennen zu lernen.

Ich ging also von dem umgekehrten Standpunkt wie Herr Dr. Güntz aus, da ich es für unstatthaft hielt, Mittel anzugeben, welche diese Secretion anregen sollten, während man sich andererseits über die spontan erfolgende Ausscheidung noch vollkommen im Unklaren befand. Jeder Beweis für die Zuverlässigkeit solcher Mittel musste aus diesem Grunde hinfällig werden.

Ich stellte mir die einzelnen Gesichtspunkte so, dass ich zuerst zu ergründen suchte, ob die freiwilligen Excretionen im Harn sich auf irgend eine Regel zurückführen lassen, in specie von einer Erhöhung des Stoffwechsels begleitet seien; in zweiter Linie nahm ich mir vor, Controlversuche mit dem Aachener Schwefelwasser zu machen, ob der kurgemässe Genuss desselben wirklich einen Einfluss habe.

Die äusseren Bedingungen, welche sich mir damals darboten, waren ausserordentlich günstige. Ich hatte die Freiheit, mir unter dem grossen Krankencontingente der Syphilis-Abtheilung des Stadtkrankenhauses die geeignetsten Fälle herauszusuchen; die Kranken waren dabei unter fortwährender Aufsicht, ihre Speisen und Getränke wurden controlirt, sie selbst waren so gut wie stets unter Verschluss. Es waren dies alles für exacte Versuche noth-

wendige Bedingungen, welche Herrn Dr. Güntz bei seinen ambulanten Privatkranken vollständig abgingen. Derselbe hat seine Patienten weder unter einer Controle, noch weniger unter einem Verschlusse haben können und derjenige Arzt, welcher längere Zeit hindurch praktische Erfahrung in der Behandlung der syphilitischen Krankheiten hat, wird genau wissen, wie skrupulös man gerade bei diesen Kranken mit dem Glauben sein muss, — ich erinnere blos an den alten wahren Ausspruch: quivis syphiliticus mendax. Von einer Controle oder Gleichmässigkeit der Nahrung konnte in den G.'schen Fällen noch weniger die Rede sein, und trotzdem werden von diesem Autor auf Grund solcher unvollständiger und ungenauer Rechnungen sehr geringfügige Erhöhungen des Stoffwechsels als beweiskräftig vorgeführt. Bei unseren Versuchen bekamen die Kranken täglich eine bestimmte abgewogene Quantität Nahrung, ihre täglichen Beschäftigungen waren dabei vollständig geregelt, alles Verhältnisse, die zu wissenschaftlich stichhaltigen Experimenten in dieser Hinsicht nothwendig waren, aber ausserhalb von Krankenhäusern oder Kliniken positiv unausführbar sind. Die Harnanalysen auf Quecksilber wurden nach der jetzt üblichen Ludwig'schen Methode in einem abgeschlossen gelegenen Zimmer, in welches Merkur in keiner Form hineinkam oder hineingekommen war, ausgeführt. Auch war dasselbe an Wänden und auf dem Fussboden einige Wochen vorher mit einem neuen Oelanstrich versehen worden. Die eigentlichen Versuche begann ich erst, nachdem ich unter fachmännischer Leitung mich mit der Technik der Analyse vollkommen vertraut gemacht hatte.

Die Verbrennungsröhren liess ich mir genau nach den angegebenen Massen aus einer Glasfabrik kommen. Die Harnstoffbestimmungen wurden mit salpetersaurem Quecksilberoxydul nach der bekannten Titrirmethode vorgenommen, und zwar stets in einem anderen Zimmer erst dann, wenn ich die täglichen Analysen beendet hatte.

Zu den Versuchen wurden insgesammt vier Kranke benützt und bei jedem der sorgfältig gesammelte Harn mindestens täglich einmal, eine Zeit lang der Tages- und Nachturin getrennt, einige Zeit sogar der Tagesurin in Vor- und Nachmittagsurin getrennt, untersucht. Die Kranken hielten sich während der ganzen Zeit in gesonderten Stuben auf, in welchen in keinerlei Form Quecksilber-

therapie getrieben wurde oder sonstwie Quecksilber hineinkam. Auch diese Räume waren kurze Zeit vorher an Wänden und auf den Fussböden mit neuem Anstrich versehen worden.

Die Kranken hatten folgende Geschichte:

I. Gustav Robert O. aus Görlitz, Bäckergeselle, von einer mittelmässig kräftigen, halbwegs gut genährten und sonst gesunden Figur, 25 Jahre alt, wird das erste Mal am 28. Februar 1877 aufgenommen: Sklerophimosis exulcerans inflammatoria, Syphilis cutanea maculosa trunci. Erkrankung angeblich seit 8 Wochen, der Ausschlag seit 8 Tagen bestehend. — Therapie: Umschläge von Aqua Goulardi, Ausspritzung der Phimose mit dünner Carbollösung und subcutane Injectionen von 0,01 Hydrarg. pepton. — Der Kranke verbleibt bis zum 27. Mai (87 Tage) und erhält in dieser Zeit 0,290 Hydrarg. pepton. subcutan. Dem primären Ausschlage war ein ulcerirendes papulöses Syphilid mit ebenfalls ulcerirenden Halserscheinungen gefolgt, in den letzten 8 Tagen wurden noch 10,0 Gr. Natr. jodat. genommen. Am 20. Juni c. a. erschien Patient zum zweiten Male mit einem angeblich seit circa 10 Tagen bestehenden neuen Recidiv, Syphilis cutanea papulo-ulcerosa, Heilung bis zum 27. August, innerhalb der ersten 10 Tage 0,6 Hydrarg. protoj. in Pillen, alsdann örtlich Ungt. Jodoformii und innerlich Natr. jodat. Am 2. October kommt Patient zum dritten Male mit einer Syphilis cutan. serpig. ulcerosa am Kopf, Brust und Schenkeln, angeblich seit circa 14 Tagen entstanden, ausserhalb des Hauses hatte der Kranke kein Merkur genommen. — Er wurde sofort als Untersuchungsobject bestimmt und demgemäss isolirt, als Verband erhielt er eine Carbolsalbe, innerlich nichts. — Quecksilber hatte er seit $^1/_4$ Jahr in keiner Form mehr genommen. — Der Ernährungszustand des Patienten war damals nicht besonders gut. Körpergewicht 51 Kilo, alle 8—10 Tage Revision des Gewichtes. — Als Nahrung wurde täglich verabreicht: $^1/_2$ Liter Kaffee mit 180,0 Gr. Semmel, $^1/_2$ Liter Warmbier bestehend aus: $^1/_8$ Liter einfach Bier, $^3/_8$ Liter Milch, einem halben Ei, 50,0 Gr. Zucker und etwas Mehl; 0,92 Liter gekochtes Gemüse mit 250,0 Gr. Fleisch, Rind- oder Kalb-, 400,0 Gr. Schwarzbrod; 0,46 Liter Suppe mit Speck oder Butter angemacht und 200,0 Gr. Schwarzbrod.

Bei diesem Kranken wurde im Ganzen vom 3. October 1877 bis 6. Jänner 1878 der Nacht- und Tagesurin täglich zusammen, inzwischen

vom 19. October bis 16. November der Nachturin getrennt vom Tagesurin untersucht. — Es waren insgesammt 123 Analysen; jede derselben beanspruchte trotz der Routine, welche ich schliesslich darin erlangt hatte, den Zeitraum von $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunden. — Vom 12. October bis 1. November trank der Kranke erst eine dann zwei Flaschen Aachener Kaiserquelle, Originalfüllung, entweder in meinem oder dem Beisein eines Wärters. Da während dieser Zeit eine Aenderung in der Merkurausscheidung nicht bemerkt werden konnte, wurde ein Decoctum Zittmanni sine Mercurio paratum verabreicht, Ende December nahm der Kranke noch 15,0 Gr. Natr. jodatum.

II. Heinrich Otto K. aus Dresden, ein übermittelgrosser, schmalgebauter aber sonst gesunder und leidlich genährter Cigarrenarbeiter, 24 Jahre, aufgenommen am 18. August 1877: Stomatitis papulosa ad tonsillas, Sklerosis parva in sulco glandulari. Angeblich seit vier Monaten erkrankt. Der Kranke verbleibt bis zum 4. October (17 Tage), reibt 12 Tage täglich 2,0 Gr. ungt. ciner. ein, auf die Sklerose und die Inguinaldrüsen Empl. mercuriale. — Am 15. November erscheint der Kranke zum zweiten Male mit: Syphilis cutanea papulo-squamosa disseminata trunci. Vom 16. November wird der Harn täglich untersucht. Einen Tag um den andern ein Bad mit Theerseifeabreibungen, Merkur natürlich nicht. Ausserhalb des Hauses will der Patient, ehe er das erste Mal ins Hospital kam, Merkur in Pillen genommen haben. Nachgewiesen konnte es jedoch nicht werden. Als Kost erhielt dieser Kranke dasselbe wie der ersterwähnte. Körpergewicht: 59 Kilo. Die Harnuntersuchungen wurden 53 Tage, vom 76. bis 129. Tage nach Aufhören der Incorporation. Vom 98.—129. Tag wurde Schwefelwasser getrunken.

III. Otto Julius Sch. aus Kunnewalde, 36 Jahre, Handarbeiter, grosse, knochige Gestalt, in der Ernährung etwas herabgekommen. Angeblich vor circa 2 Jahren mit einer kleinen, noch fühlbaren Sklerose angesteckt, Drüsenanschwellungen, Ausschläge, Schmerzen im Halse hatten ihn nicht bewogen ärztliche Hilfe einzuholen. Die Früchte dieser Naturheilung sind in Gestalt einer Syphil. cutan. ulcerosa im Gesicht und Stamm präsentirt, am linken Nasenflügel ein besonders grosses Geschwür von bedeutender Tiefe. — Einreibungen von 3,0 Gr. grauer Salbe, örtliche Behandlung mit Ol. carbol. — Bis zum 20. August wurden die Einreibungen fortgesetzt. Im Ganzen wurden nur 36,0 Gr.

eingerieben. — Da Jodkali die Geschwüre nicht besserte, wird bis zum 1. September Decoct. Zittmanni sine mercurio paratum verabreicht. — Vom 28. September, dem 39. Tage nach Aufhören der Merkur-Incorporation, bis zum 66. Tage wurde, nachdem der Kranke isolirt war, der Urin untersucht; vom 39.—58. Tage Tages- und Nachturin zusammen, vom 58.—66. der Tagesurin in Vor- und Nachmittagsurin getrennt, ausserdem natürlich noch der Nachturin der Analyse unterworfen. Vom 11. October bis 27. November trank der Kranke Schwefelwasser. Körpergewicht: 57,5 Kilo.

IV. B. G. von hier, kräftig und gesund, Kaufmann, 43 Jahre alt, nicht im Krankenhause behandelt. Erkrankt im September 1876. Therapeutisch ist Folgendes dabei wichtig: Vom 17. October bis 3. November Decoct. Zittmanni, vom Jahresende 1876 bis März 1877 nach und nach $^1/_8$ Protoj. Hydrarg. innerlich, im Juni eine leichte Einreibungskur, der im September eine starke in Aachen folgte. — Es wurden von diesem Kranken vom 32. Tage nach Beendigung der Aachener Kur bis zum 103. Tage, während welcher Zeit er ohne Recidiven blieb, 10 Urinuntersuchungen mit Harnstoffbestimmungen gemacht. Letzteren kann man aus demselben Grunde wie den Güntz'schen keinen Werth beilegen, weil Beschäftigung und Nahrungsaufnahme als die beiden Quotienten der Harnstoffproduction nicht controllirbar waren. Immerhin sind jedoch die Analysen für den Termin der spontanen Ausscheidung zu verwerthen.

Die einzelnen Analysen vertheilen sich nochmals zusammengefasst folgendermassen:

I. G. R. O. 125 Untersuchungen vom 94.—190. Tage nach der letzten Merkurincorporation, 96mal Tages- und Nachturin zusammen, 26mal getrennt untersucht.

II. H. O. K. 54 Untersuchungen vom 76.—129. Tage.

III. O. F. Sch. 43 Untersuchungen vom 29.—69. Tage, vom 39.—59. Tages- und Nachturin zusammen, 8mal getrennt, einmal der Tagesurin, während des Schwefelwassertrinkens in 3, 5mal in Vor- und Nachmittagsurin geschieden.

IV. B. G. 11 Untersuchungen vom 32.—103. Tage, in den überbrachten Quantitäten, welche den während eines Tages gelassenen Urin repräsentiren sollten.

Es ist kaum anzunehmen, dass mir bei der grossen Uebung, welche ich schliesslich in der Ausführung der Analyse bekam, irgend ein positiver Befund entgangen ist zu folgerichtigen Schlüssen; nach der Quantität des gefundenen Quecksilbers glaubte ich nur in beschränktem Masse berechtigt zu sein, trotzdem dass manchmal sehr reichliche Quantitäten, manchmal nur Spuren, sogar auch zweifelhafte Befunde, wie dies nicht anders möglich war, verzeichnet werden mussten. Was die Resultate nach der quantitativen Richtung hin anlangt, so stellen sich dieselben folgendermassen. Interesse haben diese quantitativen Befunde insoweit, als man von vorneherein glauben könnte, die Ausscheidungen würden sich im Laufe der Zeit an Quantität vermindern. In dieser Hinsicht sind sie sicher auch geeignet, Anhaltspunkte zu bieten und gebe ich im Hinblick darauf in der nachfolgenden Tabelle die darauf bezüglichen, von mir gewonnenen Resultate. Bei den einzelnen Kranken habe ich in dieser Tabelle die ganze Zeit der Untersuchungen willkürlich in einzelne, ungefähr Monate oder 14 Tage lange Abschnitte getheilt:

Zeit	viel Quecksilber	wenig und zweifelhafte Befunde	kein Quecksilber
		I.	
94. bis 126. Tag	21	15	13
126. „ 158. „	18	8	17
158. „ 190. „	9	4	19
		II.	
76. „ 102. „	8	6	12
102. „ 129. „	2	5	21
		III.	
39. „ 54. „	11	3	1
54. „ 89. „	10	10	1
		IV.	
32. „ 68. „	5	—	—
68. „ 103. „	5	—	1

Inwieweit ein bestimmbares Verhältniss zwischen dem Zeitpunkte der letzten Incorporation des Quecksilbers und den spontanen Ausscheidungen desselben durch den Harn während der fraglichen Zeit existiren könnte, hat sich aus den gewonnenen

I. Kranker.

Bemerkungen

Am 105. Tage treten auf dem Kopfe und der Stirne einige frische Impetigokrusten auf, die übrigen Geschwüre heilen unter einer Carbolsalbe gut.
Vom 104. bis 119. Tag täglich 1200 Gr. Kaiserquelle.

Vom 124. Tage ab befindet sich Pat. unwohler verlässt das Bett gar nicht; in einer ca. markstückgrossen Knochenauftreibung am linken Knie Nachts besonders grosse Schmerzen. Bis zum 130. Tag Decoctum Zittmanni sine Mercurio paratum.

131. Tag. Die Schmerzen sind nicht viel geringer geworden. Die Hautgeschwüre heilen gut, an der Stirne noch einige neue Impetigokrusten, am rechten Ellenbogengelenk, rechten Malleolus intern. sind zwei neue Tophi entstanden.

Vom 150. bis 160. Tag nochmals starke osteocopische Schmerzen, die auf Natr. jodat. $\frac{5}{150}$ weichen.

Tag nach der letzten Incorporation	Körpergewicht	Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcentim.	Spezifisches Gewicht der Urinmenge	Tageszeit
94	51 Kilo	1280	1020	—
95		1950	1018	—
96		1200	1015	—
97		1610	1018	—
98		1410	1015	—
99		1690	1021	—
100		1750	1099	—
101		1600	1021	—
102	51.75 Kilo	1190	1015	—
103		1440	1012	—
104		1180	1015	—
105		1550	1019	—
106		1800	1012	—
107		2800	1010	—
108		2380	1012	—
109		1515	1011	Tag
109		1000	1015	Nacht
110		1000	1011	Tag
110		[illegible]	1014	Nacht
111		1750	1009	Tag
111		1040	1011	Nacht
112		1280	1008	Tag
112	53 Kilo	850	1012	Nacht
113		1300	1007	Tag
113		930	1012	Nacht
114		1980	1010	Tag
114		920	1008	Nacht
115		1230	1009	Tag
115		990	1013	Nacht
116		1410	1011	Tag
116		1600	1010	Nacht
117		1100	1010	Tag
117		1380	1012	Nacht
118		1210	1013	Tag
118		1180	1010	Nacht
119		1050	1012	Tag
119		780	1013	Nacht
120		440	1019	Tag
120		770	1016	Nacht
121		810	1015	Tag
121	53.5 Kilo	1810	1011	Nacht
122		915	1012	Tag
122		910	1010	Nacht
123		520	1015	Tag
123		1010	1011	Nacht
124		1040	1013	Tag
124		970	1008	Nacht
125		990	1012	Tag
125		1180	1012	Nacht
126		570	1016	Tag
126		530	1020	Nacht
127		550	1015	Tag
127		800	1010	Nacht
128		210	1012	Tag
128		710	1015	Nacht
129		740	1015	Tag
129		560	1012	Nacht
130		480	1017	Tag
130	53 Kilo	860	1016	Nacht
131		710	1016	Tag
131		1550	1011	Nacht
132		1000	1018	—
133		510	1012	Tag
133		600	1015	Nacht
134		490	1010	Tag
134		990	1013	Nacht
135		680	1015	Tag
135		990	1022	Nacht
186		670	1013	Tag
136		600	1011	Nacht
137		600	1013	Tag
137		950	1008	Nacht
138		1700	1013	—
139		1220	1016	—
140	53 Kilo	870	1018	—
141		1090	1014	—
142		1430	1015	—
143		715	1020	—
144		1380	1015	—
145		1700	1015	—
146		1450	1013	—
147		1400	1010	—
148		1440	1011	—
149		1470	1012	—
150		1410	1014	—
151		910	1019	—
152	53 Kilo	1170	1012	—
153		2050	1010	—
154		1500	1016	—
155		1860	1012	—
156		2640	1009	—
157		2110	1013	—
158		1910	1015	—
159		1830	1015	—
160		2020	1015	—
161	53 Kilo	1400	1019	—
162		910	1023	—
163		1830	1015	—
164		910	1021	—
165		1920	1013	—
166		1250	1015	—
167		1500	1016	—
168		1210	1015	—
169		1610	1019	—
170		1590	1016	—
171		1140	1017	—
172	54 Kilo	1870	1019	—
173		1860	1018	—
174		1670	1016	—
175		1660	1017	—
176		980	1020	—
177		1000	1021	—
178		1110	1019	—
179		1010	1022	—
180		600	1029	—
181		580	1022	—
182	54 Kilo	550	1022	—
183		1520	1020	—
184		1470	1017	—
185		1710	1015	—
186		1920	1017	—
187		1140	1020	—
188		1550	1020	—
189		1680	1018	—
190		1700	1018	—

Viel Quecksilber im Harn

Wenig Quecksilber und zweifelhafte Befunde

Kein Quecksilber im Harn

Tägliche Harnstoffproduktion pro Kilo Körpergewicht

II. Kranker.

Bemerkungen

80. Am Stamme erscheint ein maculöses Syphilid.

Vom 102. bis 128. Tag täglich 1200 Gr. Kaiserquelle.

Diarrhoe und Unwohlsein.

Tag nach der letzten Jncorporation.	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93
Körpergewicht.	59 Kilo												58 Kilo					
Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcent.	2030	1690	1360	1510	1840	1930	1580	2150	1810	1670	1160	1830	1260	2250	1870	1590	1620	1420
Spezifisches Gewicht der Urinmenge.	1013	1013	1012	1012	1014	1010	1010	1009	1009	1010	1015	1013	1015	1010	1011	1011	1014	1017

Tag nach der letzten Jncorporation.	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111
Körpergewicht.									58 Kilo									
Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcent.	1750	710	910	1500	1420	1580	1630	1530	1320	2340	1900	1630	1800	1630	2250	1700	1680	2370
Spezifisches Gewicht der Urinmenge.	1014	1027	1027	1012	1016	1015	1010	1016	1015	1010	1015	1018	1018	1012	1010	1014	1017	1012

Tag nach der letzten Jncorporation.	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129
Körpergewicht.						58 Kilo												
Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcent.	1450	1440	1030	970	1050	1100	1160	2110	1490	1830	1470	1050	1380	2250	1300	1980	1500	1200
Spezifisches Gewicht der Urinmenge.	1018	1015	1010	1020	1015	1017	1020	1014	1016	1015	1018	1020	1020	1013	1018	1010	1010	1010

Lith. Anst. v. J. Appel's Nachf. Wien.

III. Kranker.

Bemerkungen

Vom 51. bis 66. Tag täglich 1200 Gramm Aachener Kaiserquelle.

Körpergewicht.	59 Kilo									60	Kilo								61.5	Kilo
Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcentim.	1800	1750	1370	1870	2350	1980	1940	2180	2280	1830	3030	2680	—	2880	3800	2800	2910	3980	3800	3980
Spezifisches Gewicht der Urinmenge.	1015	1015	1011	1011	1011	1014	1015	1013	1015	1012	1011	1012	—	1011	1008	1010	1009	1008	1009	1008
Tageszeit.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tag nach der letzten Incorporation.	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58

Körpergewicht.																		62.75	Kilo				
Jedesmalig untersuchte Urinmenge in Cubikcentim.	1660	1900	1010	1020	1810	750	1010	850	1160	1610	1280	930	1620	960	820	1700	1230	1680	1760	910	950	1010	1080
Spezifisches Gewicht der Urinmenge.	1007	1005	1004	1011	1008	1010	1007	1013	1005	1007	1010	1016	1010	1015	1011	1008	1011	1004	1010	1013	1014	1004	1010
Tageszeit.	Tag	Nacht	Vorm	Vorm	Nachm	Nacht	Vorm	Nachm	Nacht	Tag	Nacht	Vorm	Nachm	Nacht	Vorm	Nachm	Nacht	Vorm	Nachm	Nacht	Vorm	Nachm	Nacht
Tag nach der letzten Incorporation.	59	59	60	60	60	60	61	61	61	62	62	63	63	63	64	64	64	65	65	65	66	66	66

Viel Quecksilber im Harn

Wenig Quecksilber und zweifelhafte Befunde

Kein Quecksilber im Harn

Tägliche Harnstoffproduction pro Kilo Körpergewicht.

0.84
0.82
0.80
0.78
0.76
0.74
0.72
0.70
0.68
0.66
0.64
0.62
0.60
0.58
0.56
0.54
0.52
0.50
0.48
0.46
0.44
0.42
0.40

Lith. Anst. v. J. Appel's Nachf. Wien.

Resultaten nicht ersehen lassen. Der Satz, dass je näher der Zeitpunkt der letzten Einverleibung, desto reichlicher die Ausscheidung, hat jedoch keine Bestätigung gefunden.

Ich verfolgte bei meiner Arbeit, wie schon erwähnt, nicht allein den Zweck, die Resultate der G.'schen Versuche zu prüfen, sondern ich wollte auch soweit möglich einen Einblick in den ganzen Modus der Ausscheidung überhaupt bekommen. Es wurde deswegen so eingerichtet, dass der Urin der Kranken erst eine Zeit lang, ehe Schwefelwasser getrunken, analysirt wurde und da sich in der That die Ausscheidung ihrem Wesen nach gar nicht änderte, so wurde in der Regel das Schwefelwasser bald wieder ausgesetzt. Die Resultate in dieser Hinsicht stellen sich folgendermassen (quantitativ sind dieselben in der früheren Weise classificirt):

Medication	viel Quecksilber	wenig u. zweifelhafte Befunde	kein Quecksilber
	I.		
keine Medication vor dem Schwefelwasser	4	2	4
während des Schwefelwassers	9	9	7
nach dem Schwefelwasser, bei keiner Medication und einer kurzen Zeit Natr. jodat. und Decoct. Zittmanni sine Mercurio parat.	34	18	38
	II.		
keine Medication vor dem Schwefelwasser	8	6	12
während des Schwefelwassers	2	5	21
	III.		
vor dem Schwefelwasser	9	2	1
während des Schwefelwassers	10	2	3

Der 4. Kranke trank kein Schwefelwasser.

Man kann schon aus diesen Zahlen ersehen, dass von einem nennenswerthen Einflusse des Schwefelwassergenusses in unseren Fällen keine Rede sein kann. In keinem zeigt die Ausscheidung eine wesentliche Erhöhung während desselben, wohl aber eine Verminderung der starken Ausscheidungen und eine Vermehrung der negativen Resultate. Zu frühzeitig nach der letzten Incorporation sind die Untersuchungen nicht begonnen worden, denn es geschah dies immer noch 2 bis 12 Tage später, resp. früher als bei dem spätesten oder frühesten Termine der G.'schen Fälle. Nochmals erwähnt sei, dass das Schwefelwasser stets in meinem oder dem Beisein eines Wärters getrunken wurde und eine Ungenauigkeit auch in diesem Punkte von vornherein ausgeschlossen ist. Eine vollständige Unterbrechung der spontanen Ausscheidungen auf längere Zeit hatte, ehe wir das Schwefelwasser kurgemäss trinken liessen, allerdings überhaupt nicht stattgefunden. Ich glaube jedoch nicht fehl zu gehen, wenn ich mich anderen bewährten Autoren in diesem Punkte anschliesse, welchen wirkliche sachgemässe Versuche darüber zu Gebote standen (Michaelis, Schneider, v. Vajda u. s. f.): es sei eine durch nichts unterstützte Hypothese des Herrn Dr. Güntz, dass bei allen Individuen nach einer bestimmten Zeit die spontanen Quecksilberausscheidungen aus dem Organismus durch den Harn überhaupt aufhörten.

Von der Anregung einer Wiederausscheidung kann in unseren Fällen allerdings nicht die Rede sein, in wie weit aber nach dem Bekanntwerden meiner und der v. Vajdaschen Untersuchungen Herr Dr. Güntz fernerhin noch berechtigt sein will, diese miraculöse Eigenschaft dem Genusse einiger Flaschen Schwefelwasser und Dampf- oder Salzbädern zuzuschreiben, überlasse ich dem logisch denkenden Leser. Ueber diesen Termin führe ich aus den G.'schen Arbeiten folgende Vergleiche an: In der ersten Arbeit[1]) steht: „Es sind hierbei noch manche Fragen zu beantworten,

[1]) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Jahrgang 1877, S. 308.

welche erst nach grossen Versuchsreihen entschieden werden können, z. B. zu bestimmen, von welchem Zeitpunkte man annehmen darf, dass das Quecksilber vollständig aus dem Körper ausgeschieden sei. Mir kam es nur darauf an nachzuweisen, dass während des Gebrauches der Schwefelwässer überhaupt eine Quecksilberausscheidung nachzuweisen ist.“ — Der nächste Absatz behandelt mit fünf Zeilen die 3. Krankengeschichte; bei derselben begannen die Untersuchungen, welche zum Beweis der Anregung der Wiederausscheidung dienen sollten, nach der 3. Woche. Das Aufhören der natürlichen Ausscheidung wird dabei mit den Worten abgethan, „nach 3 Wochen kein Quecksilber mehr im Harn.“

Nun hat sich beiläufig durch die umfassenderen Untersuchungen von Vajda herausgestellt, dass die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn bei Quecksilberkuren selten oder nie vor dem 10. Tage beginne, es kämen alsdann weitere 10 Tage auf die Ausscheidung überhaupt in diesem Falle. Was die anderen wissenschaftlich festgestellten Thatsachen in dieser Beziehung anbelangt, so werden dieselben, trotzdem der Verf. eben jene Autoren mehrfach erwähnt, vollständig ignorirt. Der Endtermin der spontanen Ausscheidung hat aber in den Arbeiten des Herrn Dr. Güntz eine ganz merkwürdige Geschichte, obwohl derselbe für den Beginn der Untersuchungen, sobald von einer Anregung der Wiederausscheidung die Rede sein soll, wenigstens annähernd genau präcisirt werden musste. In der ersten Arbeit wird desselben einfach gar nicht erwähnt, man ist jedoch genöthigt, zufolge der Krankengeschichten ihn auf ca. 14 Tage bis 3 Wochen nach Aufhören der Einverleibung anzunehmen. In der zweiten Arbeit figurirt als dieser Endtermin der 30. Tag, ohne jedweden Beweis dafür. In die Zeit zwischen dem Erscheinen der zweiten und dritten Arbeit, in der den russischen Dampfbädern vom Verfasser die Macht der Wiederanregung der Merkurausscheidung zugeschrieben wird, fällt nun das Erscheinen der v. Vajda'schen Untersuchungen, zufolge welcher man glauben musste, dass dieser Endtermin überhaupt gar nicht existire. Post hoc oder propter hoc wage ich nun nicht zu entscheiden, kurz und gut, in der besagten dritten Arbeit figurirt als Endtermin der 40. Tag. Warum nun derselbe erst am 20., dann am 30. und dann schliesslich

am 40. Tage angenommen, warum derselbe in drei Jahren um 20 Tage gestiegen sein soll, ist mir völlig unerfindlich. Der Leser möge aber daraus entnehmen, wie es mit der Logik dieser Arbeiten beschaffen ist. Bis und vor Overbeck (1862) glaubte man zufolge der Untersuchungen, welche man gelegentlich gemacht hatte, dass das Quecksilber

1. sich zu allen Zeiten während einer Inunctionskur im Harn ausscheide;

2. dass der Nachweis desselben selbst zwei Monate nach dem Aufhören der Incorporation gewöhnlich gelänge;

3. hatte Michaelis in dem gesammelten Urin von 3 Tagen im 3. Monate kein Quecksilber nachweisen können.

Ferner hatte Waller behauptet, dass die spontane Zersetzung und Ausscheidung des Quecksilberalbuminats allerdings langsam vor sich gehe, jedenfalls Monate, unter Umständen bis 7 Monate und länger zu ihrer Vollendung bedürfe. Overbeck selbst hat über diese Ausscheidungen Versuche an Thieren gemacht und ist zu folgenden Schlussfolgerungen gekommen: 1. dass der mit Quecksilber imprägnirte Organismus das Metall nicht immer auf dieselbe Weise und in ganz gleichem Verhältniss ausscheide. Wenn das erste Mal ein 6 Wochen lang hintereinander mit Einreibungen behandelter Hund quecksilberfreien Harn, das andere Mal ein etwas länger merkurialisirtes Thier deutlich quecksilberhältigen Urin liefert, so scheint in der That die auch sonst constatirte Thatsache daraus hervorzugehen, dass die Entfernung des Quecksilbers durch die Nieren vielleicht schubweise geschehe, ihre Exacerbationen und Remissionen habe etc. Auch weiterhin bei Besprechung der merkurtreibenden Kraft des Jodkali sagt derselbe: „Die Quecksilberausscheidung durch den Urin ist häufig Schwankungen unterworfen, geht mit Steigerung und Verringerung des Metallgehaltes einher, ja es tritt vielleicht vollkommene Unterbrechung desselben ein.“

Ebenso fand er, dass Katzen eine gar nicht zu vergleichende geringere Resistenzfähigkeit gegen das Metall besitzen als Hunde, erstere starben manchmal schon nach einigen Einreibungen, während bei den Hunden monatelang ein förmliches Merkurialsiechthum sich entwickelte. Der Zeitpunkt der beginnenden Ausschei-

dung wird ebenfalls verschieden angegeben; Overbeck rieb sich selbst 2 Drachmen Ung. ciner. ein, sammelte den Urin der nächsten drei Tage und fand auch bei zweimaliger Wiederholung des Experimentes kein Quecksilber im Harn.

Dem direct entgegen stehen die neueren Versuche der französischen Aerzte Mayençon, Bergeret und Byasson, welche in dem neuesten französischen Werke: Du mercure par Dr. Hallopeau, Paris 1878, mit niedergelegt sind. Der Verf. schreibt daselbst: Die Physiologen glauben zu streng an die Thatsache, dass der Merkur während längerer Zeit im Körper verweile. Die folgenden Experimente hätten in dieser Beziehung ein besonderes Interesse: Eine einmalige Dosis Quecksilber wurde rapid und scheinbar complet in 24 Stunden ausgeschieden. Mayençon und Bergeret gaben einem Kranken 1 Centigrm. Sublimat, sie constatirten während der nächsten 24 Stunden Merkur im Urin, später (wie lange noch untersucht?) keine Spur mehr. Byasson injicirt sich 2 Centigrm. Sublimat, nach 2 Stunden findet er Merkur im Urin, nach 4 Stunden im Speichel, nach 24 Stunden hört die Ausscheidung auf. Vermuthlich ist dieselbe nach der Verf. Ansicht vollständig, denn dieselben Herren injicirten 7·5 Milligrm. einem Kaninchen unter die Haut, nach 4 Tagen wird dasselbe getödtet und kein Merkur im Cadaver gefunden. Hallopeau glaubt mit Schneider, dass ein Theil des längere Zeit fortgenommenen Quecksilbers sofort wieder ausgeschieden würde, während ein anderer Theil sich in den Geweben ablagere. Einer der citirten Autoren nahm während 7 Tagen täglich 1 Centigrm. Sublimat, dann 4 Tage täglich 1 Grm. Jodkali; am ersten Tage findet er Merkur im Urin, die folgenden 6 Tage findet er ihn im Vor- am 7. in grosser Menge im Nachmittagsurin, am 8. bekommt er Diarrhöe und findet ihn in den Stühlen, trotzdem man das Medicament schon lange ausgesetzt hatte, schliesslich schien seine Elimination am 11. Tage beendet zu sein. Den neuesten Wiener Untersuchungen zufolge soll die Ausscheidung nicht vor dem 10. Tage beginnen, wo sie just bei Hallopeau aufhören soll. Es sind das allerdings eigenthümliche Widersprüche; ich glaube jedoch, ohne irgendwie voreingenommen zu sein, dass die Versuche der Herren Bergeret etc. etwas zu sanguinisch gehalten sind. Der Beginn der Ausscheidung ist bei Güntz nicht einmal erwähnt.

Unsere Versuche haben in mehrfacher Hinsicht eine principielle Bedeutung, denn es sind bis jetzt die einzigen, bei welchen so lange Zeit hintereinander, bei dem ersten Kranken über ein Vierteljahr, Harnuntersuchungen über Merkurausscheidungen gemacht worden sind; auch fehlten bis jetzt Beweise über den Modus, wie die Ausscheidungen in einer so langen Zeit vor sich gingen, denn nur durch lange Versuchsreihen an einem und demselben Individuum konnte man derartige Aufschlüsse bekommen. Ich habe bereits im Vorhergehenden durch Citate mehrfach angedeutet, dass die besseren Autoren[1]) in dieser Frage sich stets für eine lange Dauer der spontanen Ausscheidung ausgesprochen haben, ferner dass dieselbe quantitativen Schwankungen und zeitweisen gänzlichen Unterbrechungen unterworfen wäre. Dies war denn auch zufolge der physiologischen Anschauungen, welche man sich über die Wandlungen des Quecksilbermetalls im Körper durch Experimente sehr scharfsinnig combinirt hatte, nicht anders möglich; im Gegentheil schloss man wohl nach diesen auf jene, da man des anderen Beweismaterials, der genügend lange fortgesetzten Untersuchungen, bis jetzt entbehrte. Diese bis jetzt noch geltenden Anschauungen, welche, ich wiederhole es nochmals, in den G.'schen Arbeiten, obwohl die Autoren öfter citirt werden, vollständig ignorirt sind, habe ich in meinen Versuchsreihen bestätigt gefunden, also das Schwanken des Urins an Quecksilbergehalt und die zeitweisen Unterbrechungen, die je später nach der letzten Incorporation bei meinen Versuchen desto länger zu sein schienen. Die Ansichten, welche man jetzt noch über die Verwandlung des regulinischen Quecksilbers im Körper in lösliche Verbindungen hat, sind folgende zwei, welche nur noch als massgebend erachtet werden können:

1. Die Voit'sche[2]): nach Mialhe entsteht durch Umschütteln einer 40—50° C. warmen Lösung von Chlornatrium, Salmiak und regulinischem Quecksilber, Sublimat und zwar schon nach 24 Stunden, Voit hielt jedoch seinerseits den entstandenen Niederschlag für Calomel und wies noch gelöstes Sublimat in der

---

[1]) Waller, Overbeck, Schneider, Voit, v. Vajda, Kussmaul.
[2]) Physiologisch-chemische Untersuchungen von Carl Voit. Augsburg 1857.

Flüssigkeit nach; er erklärte, dies durch die Eigenschaft des Quecksilbers Ozon zu erzeugen und deducirte weiter: das im Körper durch das Quecksilber erzeugte Ozon werde von den Blutkörperchen rasch aufgesaugt, welche es ihrerseits an das Chlornatrium abgeben, letzteres oxydire und verbinde sein Chlor mit dem Quecksilber zu Sublimat. Besonders begünstigend wirke nun noch das Vorhandensein des Eiweisses, da nach Selmi und Grimelli vielmehr gelöstes Quecksilber in einer Mischung von Calomel, Kochsalz, Wasser und Eiweiss entsteht, als wenn letzteres nicht dabei ist.

2. Die Overbeck'sche [1]), derselbe will nach Donders bereits das Ozon in den Gewebssäften und im Blute vorfinden, spricht von vorneherein dem Quecksilber jede ozonisirende Eigenschaft ab und nimmt an, dass der Sauerstoff der Luft durch das Eisenoxydul des arteriellen Blutroths in den Lungen in Ozon übergeführt, von jenem etwa sofort auf das Eiweiss übertragen würde, welches dann unter Wirkung des Chlornatriums unter Begünstigung einer lebhaften neuen Ozonbildung durch die in den Geweben vor sich gehenden Zersetzungen mit dem Chlornatrium jenes Doppelsalz, welches man als Endresultat beiderseits annimmt, das Chlornatrium-Quecksilberoxydalbuminat mit dem Natrium hervorbrächte. Für das allgemeine Verständniss genügt vollkommen, dass in den Geweben aus dem regulinischen Quecksilber Sublimat gebildet wird; dies steht in einer so engen chemischen Verwandtschaft mit dem Eiweiss, ich brauche blos an das Sublimat als das kräftigste Desinficiens zu erinnern, dass es sich zuerst mit diesem und zwar wie alle Autoren immer wieder hervorheben und wie es auch nicht anders möglich ist, sehr eng, fest und schwerlöslich verbindet. Auf welche Weise dies geschieht, wird ja vielleicht noch lange Hypothese bleiben und ist im Grunde genommen auch belanglos. Sobald nun stärkere Eiweisszersetzungen im Körper stattfinden bei fieberhaften Krankheiten, starken Anstrengungen u. s. w. war es naheliegend zu glauben, dass dabei unter Umständen auch das irgendwo im Körper lagernde Quecksilberoxydalbuminat mit in den Kreis der Desoxydation gezogen und dann ausgeschieden

[1]) Merkur und Syphilis von Dr. Robert Overbeck. Berlin 1867.

würde, auch sind derartige Ansichten schon mehrfach ausgesprochen worden [1]).

Es war von allem Anfange an sehr zweifelhaft, ob dies durch den Genuss einiger Flaschen Schwefelwasser oder mehrerer Salz- oder Dampfbäder bewirkt werden könnte, zudem dies alles Kurmittel waren, deren Wirksamkeit in dieser Form überhaupt sehr problematisch ist. Ich bin natürlich weit davon entfernt den heilsamen und kräftigen Einfluss der Aachener Thermen bei Merkurialkuren oder gar der Soolbäder überhaupt zu läugnen, denn derselbe beruht auf vollkommen anderen Principien [2]).

Eine weitere Illustration dazu, wie es mit dem Vorhandensein des Schwefelwasserstoffs in den Aachener Thermen überhaupt und mit der auch von Herrn Dr. Güntz diesem zugeschriebenen mächtigen Wirkung auf die Syphilis bestellt ist, liefern folgende Thatsachen und Ueberlegungen. Einer von Dr. O. Ziemssen in Wiesbaden verfassten Broschüre „Zur Therapie der constitutionellen Syphilis“, Leipzig 1878, S. 8 u. ff. entnehme ich zum Theil Folgendes: „Unter den verschiedenen Thermalquellen rühmt sich besonders eine Gattung, nämlich die der Schwefelthermen, eines Rufes als Specificum gegen Syphilis als Heilmittel und Lockmittel für noch etwa im Organismus vorhandene Infectionsstoffe.“ Am kürzesten und schärfsten spricht sich Braun (systematisches Lehrbuch der Balneotherapie S. 280) hierüber aus: . . . . „Wie schon erwähnt, nehmen die Schwefelbäder für die Heilung der offenbaren und Manifestirung der latenten Syphilis eine grosse Rolle in Anspruch, welche nicht im Geringsten auf Wahrheit beruht. Das Wenige, was Thermen leisten können, kommt auch den Schwefelthermen zu, und die Manifestirung der latenten Krankheit durch Schwefelbäder ist in unseren, Hebra's und anderen Augen ein Humbug, welcher sogar einigermassen nach Paracelsus

---

[1]) Auch hiervon behauptet Herr Güntz, dass es seine Originalidee wäre, während in der Fachliteratur dies längst für eine ausgemachte Thatsache galt.

[2]) Als ein Curiosum verdient Folgendes erwähnt zu werden: In Neapel, wo es trotz der strengen Polizeicontrole eine grosse Menge Syphilis gibt, trinken die Neapolitaner, da das Trinkwasser in der Stadt sehr schlecht ist, an Stelle desselben sehr viel Schwefelwasser aus den zahlreichen Thermen

schmeckt, indem dasselbe Mittel, welches die Erscheinungen der Krankheit hervor ruft, auch heilen soll."

Ebenso, nur vorsichtiger drücken sich Zeissl und andere aus. — Da es nun bei den Schwefelthermen der Schwefelwasserstoff allein ist, dem diese Wirkungen alle zugeschrieben werden, lag es sehr nahe zu untersuchen, ob diese Thermen überhaupt Schwefelwasserstoff in hinreichendem Masse führen und ob dieser auch in hinreichendem Masse therapeutisch verwendet wird, um daraus irgend eine Wirkung ableiten zu können. Dabei ist der jedesmalige Gehalt an Schwefelnatrium entscheidend, weil sich aus diesem unter Einwirkung der atmosphärischen Luft Schwefelwasserstoff entwickelt. — Liebig hat bei seinen Untersuchungen der Aachener Thermen aus der Tiefe der Kaiserquelle geschöpft und auf 10.000 Gr. Thermalwasser 0,095 Schwefelnatrium gefunden. Das zu den Bädern verwendete Thermalwasser wird jedoch zur Abkühlung in offene Bassins gelassen bis es 28° enthält. Dieses vom Chemiker Dr. Wings in Aachen 1876 untersuchte Wasser enthielt aber auf 10.000 Gramm Thermalwasser nur 0,00468 Schwefelnatrium."

Mag nun die Füllung des versandten Wassers mit dem Thermalwasser vom Liebig'schen oder Wings'schen Schwefelnatriumgehalt ausgeführt werden, so viel steht unbedingt fest, dass das versandte Wasser, bis es der Patient zu trinken bekommt, unter allen Umständen sehr an Schwefelnatriumgehalt verliert, die Zersetzung hat in der Flasche stets schon lange begonnen, denn sie riecht beim Oeffnen stets sehr stark nach Schwefelwasserstoff. Gesetzt den Fall, Herr Dr. Güntz habe seinen Patienten auch wirklich täglich 3—4 Flaschen versandte Kaiserquelle trinken lassen, so würde dies dann, den Inhalt der Flasche per 600 Gr. gerechnet, ca. 2500 Gr. mit einem Gehalte von 0,02—0,03 Schwefelnatrium repräsentiren. — Davon ist aber nachgewiesenermassen bereits vorher ein mehr oder weniger grosser Theil in Zersetzung über-

der Umgegend. Es gilt dasselbe allgemein als ein omnipotentes Heilmittel und wirkt in der That mild abführend. — Es versteht sich von selbst, dass es vor allem auch von der grossen Menge venerisch Erkrankter schon wegen seiner Billigkeit und Harmlosigkeit ganz besonders gern angewendet wird, ohne der Syphilis jedoch, wie mir dortige Aerzte versicherten, irgendwie etwas von ihrer Furchtbarkeit zu nehmen.

gegangen, der Rest wird also im Intestinaltractus in Schwefelwasserstoff verwandelt, ein Theil davon wird stets durch Ructus aus dem Magen entleert, endlich wird ein Theil wirklich, den ich mathematisch nicht näher zu präzisiren wage, in die Circulation aufgenommen und irrt nun in der hyperhomöopathischsten Verdünnung im ganzen Organismus umher, bleibt trotz der mannigfachsten chemischen Vorgänge im Organismus derselbe, endlich findet er natürlich glücklich das irgendwo deponirte Chlornatriumquecksilberoxydalbuminat, löst es aus seiner festen Verbindung und entleert es durch den Harn.

Es ist im Uebrigen schon längst bekannt und von unparteiischen Autoritäten anerkannt und ausgesprochen worden (Quinke), „die therapeutische Wirksamkeit der Schwefelwässer ist grösstentheils gewiss anderen Eigenschaften als dem Gehalt an Schwefelverbindungen zuzuschreiben, so dem Gehalt an Kochsalz in Aachen, Mehadia, dem Glaubersalzgehalt in Schinznach und Nenndorf u. a., der Temperatur der Wässer in den Pyrenäenbädern und den übrigen warmen Schwefelquellen."

Bei jeder einzelnen von mir ausgeführten Analyse wurde auch, wie schon oben erwähnt, die quantitative Harnstoffbestimmung gemacht, zu dem Zwecke, um Beweispunkte für eine Stoffwechselerhöhung bei der Merkurausscheidung zu bekommen. — Die Resultate derselben sind in der untenstehenden Tabelle angegeben. Da unsere Kranken in ihrer Kost eine durchschnittlich täglich gleichmässige Zufuhr an Nährstoffen erhielten, auch hinsichtlich ihrer Körperbeschäftigung ein gleichmässiges Leben hatten, so durfte ich hoffen, dass solche Durchschnitts - Bestimmungen, wie sie die untenstehende Tabelle enthält, genaue und verwerthbare Resultate liefern mussten.

Es wurde die Harnstoffproduction vor, bei und nach dem Gebrauche von Schwefelwasser bestimmt, ausserdem wurden noch getrennt die Tage mit und ohne Merkurausscheidung im Harne. Die Körperwägungen wurden alle Wochen in meinem Beisein vorgenommen; die drei Kranken nahmen sämmtlich an Gewicht zu, wie dies beim Hospitalleben und der reichlichen Kost unter solchen Verhältnissen nicht anders möglich war.

I.

Vor dem Gebrauche der Kaiserquelle:
bei negativem Urinresultate (5 Fälle) 0,64 Gramm Harnstoff
bei positivem „ (6 Fälle) 0,69 „ „
Während des Schwefelwassergebrauchs:
bei negativem Urinresultate (3 Fälle) 0,56 Gramm Harnstoff
bei positivem „ (14 Fälle) 0,72 „ „

Nach Aussetzen des Schwefelwassers bei zeitweiligem Gebrauche von Dococt. Zittmanni ohne Merkurzusatz oder Natr. jodat:
bei negativem Resultate (29 Fälle) 0,56 Gr. Harnstoff
bei positivem „ (35 Fälle) 0,60 Gr. „

II.

Vor dem Gebrauche des Schwefelwassers:
bei positivem Resultate (13 Fälle) 0,532 Gr. Harnstoff
bei negativem „ (12 Fälle) 0,55 Gr. „
Während des Gebrauches des Schwefelwassers:
bei positivem Resultate (6 Fälle) 0,63 Gr. Harnstoff
bei negativem „ (19 Fälle) 0,62 Gr. „

III.

Vor dem Gebrauche des Schwefelwassers:
bei positivem Resultate (11 Fälle) 0,55 Gr. Harnstoff
bei negativem „ (1 Fall) 0,63 Gr. „
Während des Gebrauches des Schwefelwassers:
bei positivem Resultate (16 Fälle) 0,58 Gr. Harnstoff
bei negativem „ (1 Fall) 0,42 Gr. „

Zufolge dieser Tabelle ergibt sich allerdings, dass durchschnittlich eine gering vermehrte Harnstoffausscheidung zur Zeit des Schwefelwassergebrauches und der Merkurausscheidung stattfand, zumal bei dem ersten Kranken. Dabei kommen jedoch auch noch andere Factoren in Betracht. Zur Zeit als der Kranke an osteokopischen Schmerzen litt oder vor dem Erscheinen leichter Recidiven, sobald sich der Kranke überhaupt unwohl befand, fanden grosse Harnstoffproductionen statt und war dies dann namentlich Nachts der Fall (vergl. die beigegebene Curve). Um diese kleinen

Recidiven zum Verschwinden zu bringen, nahm der erste Kranke 5 Tage lang Dect. Zittmanni ohne Merkurzusatz und dann einige Flaschen Natr. jod. 5:150,0. Für skeptisch Denkende könnte darin ein Grund liegen, an einen Einfluss dieser Medication auf die ferneren spontanen Ausscheidungen zu glauben, doch ist dies sehr unwahrscheinlich, da einerseits die merkurtreibende Kraft des Jod, auch im Jodnatrium, bis jetzt trotz aller Bemühungen als durchaus unbewiesen angenommen werden muss, andererseits aber in dem ganzen Wesen der Ausscheidungen, die weitere volle 34 Tage bei ihm beobachtet wurden, sich gar nichts änderte.

Bei dem 2. Kranken zeigte sich vor dem Schwefelwasser bei den negativen Resultaten eine Kleinigkeit mehr Harnstoff, beim Schwefelwasser eine durchgehende Vermehrung im Allgemeinen und ein weiteres sehr geringes Plus zu Gunsten der positiven Resultate.

Beim 3. Kranken wurde eine Vermehrung zu Gunsten der negativen Resultate vor dem Schwefelwasser und eine um die Hälfte geringere beim Schwefelwasser zu Gunsten der positiven Resultate constatirt.

Von einer Uebereinstimmung der Ergebnisse, wie sie zum Aussprechen eines Principes von dieser Tragweite unbedingt erforderlich ist, ist mithin keine Rede. Selbst die auch zugestandene Vermehrung während der Schwefelwasserkur hat nicht einmal durchgängig Stich gehalten.

Dadurch, dass der Harn verschiedener Tages- und Nachtzeiten einzeln untersucht wurde, wollte ich mir einen Einblick in die möglicherweise unterbrochene Merkurausscheidung während dieser kleineren Zeitperioden zu verschaffen suchen. Der Versuch hat sich nach dieser Seite hin als sehr lohnend erwiesen. Es wurden gefunden beim I. Kranken:

Gleiche Ausscheidung bei Tag und Nacht mit positivem Res. 7
„ „ „ „ „ „ „ negativem „ 5
Am Tage grössere Ausscheidung als in der Nacht 6
„ „ geringere „ „ „ „ „ 5
„ „ negative, in der Nacht positive 3
„ „ positive, „ „ „ negative 3

III.

Gleiche Resultate bei Tag und Nacht mit positivem Erfolge 2
„ „ „ „ „ „ „ negativem „ 1
Am Tage mehr als in der Nacht 3
„ „ weniger „ „ „ „ . . . . keine
„ „ positiv, in der Nacht negativ 1
„ „ negativ „ „ „ positiv 1

An 6 Tagen wurde der Vormittags- und Nachmittagsurin getrennt untersucht und ergaben sich:

Gleiche Ergebnisse mit positivem Resultate 2
„ „ „ negativem „ 1

Vormittag positiv, Nachmittag negativ und umgekehrt je 1 Fall, einmal waren sie auch zu Gunsten des Vormittags quantitativ verschieden.

Vorwiegend waren in beiden Fällen die länger als 24 Stunden andauernde, völlig gleichbleibende, statt- oder nicht stattfindende Ausscheidung 16mal, Schwankungen im Merkurgehalt waren schon seltener 14mal, wobei der Tag mit dem stärkeren Stoffwechsel (9 : 5) etwas bevorzugt erschien; am seltensten fanden völlige Unterbrechungen während 24 Stunden statt: 8mal, wobei sich das Verhältniss zwischen Tag und Nacht völlig gleichblieb. Dabei war sie 6mal die Einleitung zu einer längeren Sistirung und 5mal hielt dieselbe nur wenige Stunden an. Den Untersuchungen der Harnabsonderungen einzelner Tageszeiten fällt weniger Wichtigkeit zu, auch ist hier die Zahl der Analysen für folgerichtige Schlüsse noch geringer. Unter den 6 Tagen, wo der Vormittagsurin getrennt von dem Nachmittagsurin analysirt wurde, fand sich 3mal, also die Hälfte gleichbleibende Ausscheidung mit 2 positiven und 1 negativen Befunde, je 1mal war es so getrennt, dass entweder Vor- oder Nachmittag Ausscheidung stattfand, endlich war 1mal Vormittag mehr als Nachmittag. Es ist damit bewiesen, dass die spontane Merkurausscheidung auch Intermissionen innerhalb einer Tagesperiode haben kann. Ein Grund mehr zu glauben, dass dieselben mit bis jetzt uns noch nicht nahe gelegten Vorgängen innerhalb des Stoffwechsels im Organismus im Zusammenhang stehen müssen. Ich bin weit entfernt, meinen Untersuchungen eine so grosse Bedeutung

zuzulegen, nur eins möchte ich allerdings erreicht haben, dass man fernerhin vorerst für unbedingt nothwendig halten möchte, sich erst über die spontanen Ausscheidungen vollkommen klar zu werden, ehe man dazu schreitet, nach Mitteln zu suchen, welche dieselben hervorbringen sollen. Auf welcher Stufe der wissenschaftlichen Präcision die Güntz'schen Untersuchungen in dieser Beziehung stehen und inwieweit man denselben in Folge dessen Glauben beimessen darf, habe ich im Vorstehenden genugsam dargethan.

Ein zusammenhängendes allgemeines Bild der Merkurausscheidung auf Grund der angestellten Untersuchungen zu geben, würde noch nothwendig sein. Dieselben haben den Vortheil, dass sie sich der Zeit nach zum Theil ergänzen, so wurden Ausscheidungen beim 3. Kranken vom 39.—69., beim 2. vom 76.—129., und beim 1. vom 94.—190. Tage nach dem Aufhören der Incorporation untersucht. Die Curve, welche aus den Ergebnissen der Analysen zusammengestellt ist, zeigt denn auch die Exacerbationen und Remissionen in hohem Grade, der längste Zeitraum, während dem sich ununterbrochen Merkur im Urin nachweisen liess, waren 10 Tage, und zwar beim 3. Kranken vom 39.—49. Tage, in den letzten beiden Tagen waren nur Spuren davon; nach einer eintägigen Unterbrechung erscheint das Quecksilber dann nochmals 7 Tage, vom 52.—59., um alsdann in 2—3tägige Schwankungen überzugehen. Beim 1. Kranken findet sich ebenfalls vom 150. bis 160. Tage die grösste Ausdauer der Ausscheidung. Die grösste Pause derselben sind 7—8 Tage beim 1. Kranken, vom 143. bis 149. und 179.—187., beim 2. findet sich noch früher eine grosse vom 113.—120., derselbe hatte von allen 3 Kranken am allerwenigsten Merkur einverleibt bekommen.

Das Gesammtresultat unserer Untersuchungen würde sich demnach in folgende Sätze zusammenfassen lassen:

1. Die durch keine Kurmittel bewirkte, natürliche und freiwillige Ausscheidung von Quecksilber durch den Harn nach Quecksilberkuren lässt sich bis zum 190. Tage nach dem Aufhören der Incorporation nachweisen. Es finden dabei, wie es schon vermuthet wurde, aber noch nicht bewiesen war, Exacerbationen und Remissionen, auch vollständig ausscheidungsfreie Pausen

statt. Erstere können sich bis auf 8, letztere bis auf 10 Tage erstrecken und sind dieselben nicht an frühere oder spätere Perioden in der angegebenen Zeit gebunden; auch sind Schwankungen und freie Pausen in kleinen Zeiträumen von 12—24 Stunden und noch darunter vorhanden.

Inwieweit dabei das Individuum als solches, seine Ernährung und Beschäftigung oder die Art der syphilitischen Ansteckung in Betracht kommt, hat sich nicht feststellen lassen. Vermuthlich hängen die Ausscheidungen mit der Qualität und Quantität des incorporirten Metalls zusammen; von welchen Factoren die Quantität des in einer gewissen Zeit ausgeschiedenen Metalls abhängt, hat sich nicht auffinden lassen.

2. Die auf irgend welche Weise bewirkte künstliche Erhöhung des Stoffwechsels bietet nach den Untersuchungsresultaten eine Möglichkeit, nicht aber eine Wahrscheinlichkeit und am allerwenigsten eine zwingende Nothwendigkeit zur Ausscheidung des Quecksilbers im Harn.

Der Beweis dafür, dass der kurgemässe Gebrauch von Schwefelwässern, ebenso der von künstlichen Salz-, Soda- oder Dampfbädern einen wesentlichen Einfluss auf die Wiedererscheinung des Merkurs im Harn in den gedachten Verhältnissen übt, ist als noch nicht erbracht zu erachten.

Den bis jetzt geltenden wissenschaftlichen Anschauungen widerspricht das Resultat der vorstehenden Untersuchungen nicht.

3. Es ist ebensowenig mit Sicherheit erwiesen, dass die Wiedererscheinung des Merkurs im Harn in der gedachten Zeit mit einer Erhöhung des Stoffwechsels, in specie einem vermehrten Eiweisszerfall im Organismus ursächlich zusammenhängt.

Mit den Resultaten der Untersuchungen von Vajda und Paschkis stimmen die unsrigen, was die Zeit und Art und Weise der Ausscheidung anbelangt, überein, ebenso enthalten sich die genannten Verfasser eines bestimmten Urtheils über das Verhältniss des Stoffwechsels zur Quecksilberausscheidung.

Es gibt ausser den Nieren aber noch andere Excretionsorgane im Körper, durch welche der Merkur ebenfalls passiren kann, denn

er drängt sich notorisch zu denselben hin. So kann man zweifelsohne in der Leber und in den Nieren bei weitem am häufigsten an der Leiche den Merkur nachweisen, zu allermeist und am allerhäufigsten jedoch in der Leber, und es liegt alsdann sehr nahe anzunehmen und man ist sogar zu der Annahme gezwungen, dass sich derselbe mit der Galle in den Darm ergiesst und mit den Faeces entfernt werde. Letztere haben also zum mindesten ebensoviel Berechtigung, auf Merkur untersucht zu werden, als der Harn. Es sind nun zwar während und kurz nach dem Aufhören von Quecksilberkuren einzelne Untersuchungen von solchen gemacht worden, doch ist dies keineswegs methodisch und in genügender Anzahl geschehen. Und doch spielt ausserdem noch, zufolge anderer, nicht direct hierher gehöriger Untersuchungen, der Merkur, auch nicht innerlich genommen, eine grosse Rolle auf der Darmschleimhaut, wie es schon die Merkurintoxicationsfälle, welche sich durch blutige und spastische Diarrhöen äussern, sehr deutlich beweisen. Minder gross ist der directe und rein praktische Nutzen, welcher aus meinen Untersuchungen erwachsen ist. Das definitive Ende der spontanen Ausscheidungen konnte nicht festgesetzt werden und müssten zu diesem Zwecke weiterhin sorgfältige Untersuchungen noch späterer Perioden vorgenommen werden. Ebenso haben wir die Frage bezüglich des specifischen Einflusses der von Dr. Güntz vorgeschlagenen Mittel auf die Wiederanregung der Merkurausscheidung definitiv ablehnen müssen. So wünschenswerth und wichtig die Erlangung derartiger Mittel wäre, so würde doch deren Zuverlässigkeit von vorneherein zufolge der jetzt bestehenden physiologischen Ansichten an und für sich etwas sehr Unwahrscheinliches haben. Es ist hinwiederum andererseits sehr leicht denkbar, dass namentlich an solchen reichen Stoffwechselquellen, wie die Leber und der den Harn producirende und secernirende Theil der Nieren ist, wo man sich die Hauptmasse des Quecksilbers im Körper deponirt denken könnte, sich nach und nach das Chlornatriumquecksilberoxydalbuminat zersetzt und ausscheidet. Umsoweniger kann man an die bis jetzt angegebenen Zwangsmittel glauben, der Beweis dafür müsste wenigstens mit ganz anderen Mitteln und in wissenschaftlicher Weise geführt werden. Demzufolge ist für eine Neuerung in der Syphilistherapie ebenfalls nur wenig gewonnen, soviel scheint aber nach

alledem fest zu stehen, dass ein Einfluss der Quecksilberausscheidung auf Recidive der Syphilis nicht vorhanden ist.

Der Beweis ist namentlich auch in ausführlicher Weise von Vajda und Paschkis geführt worden. Ob nun das im Organismus noch befindliche Quecksilber blos an Eiweissstoffe oder speciell an noch vorhandenen Infectionsstoff in den Drüsen oder sonstwo im Organismus gebunden ist, bleibt sich beim Erscheinen einer Recidive gleichgiltig; wir müssen in einer grossen Mehrzahl von Fällen doch wieder von Neuem zum Merkur greifen, dem heilenden zweischneidigen Schwerte. Wichtig wäre auch zweifellos die geordnete, vor allem auch chemische Untersuchung von Lymphdrüsen merkurialisirter Syphilitischer für die Entscheidung der oben angedeuteten Frage.

Möchte der von mir gemachte Versuch, Licht in diese Frage zu bringen, recht bald weiterhin Veranlassung und Ursache sein für weitere und fruchtbringendere Arbeiten.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem früheren Chefarzte Herrn Dr. Martini für seine rath- und thatreiche Unterstützung hier meinen Dank abzustatten.

Zur Statistik der Schanker der Vaginalportion.

Von

Dr. W. J. Rasumow,

Secundararzt im Mjasnizkischen Krankenhause für Syphilitische in Moskau.

Die Frage von der Häufigkeit des Auftretens der Schanker der Vaginalportion hat ausser ihrer rein praktischen Bedeutung, die so zu sagen in der Befriedigung der einfachen Neugierde liegt, auch unzweifelhaft ein wissenschaftliches Interesse und zwar in dem Sinne, als man nach Feststellung der Mittelzahl der Häufigkeit resp. Seltenheit der Portioschanker im Stande ist, zu eruiren, wie gross sich im Vergleiche zu den anderen Theilen des Geschlechtsapparates die Ansteckungsfähigkeit des Scheidentheils der Gebärmutter verhält.

Bis heute sind indessen die Meinungen der Autoren hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens der Portioschanker entweder äusserst unbestimmte und allgemeine, da keine Zahlenbelege vorliegen, die selbstverständlich allein eine Bedeutung bei der Entscheidung ähnlicher Fragen beanspruchen können oder sie sind einseitige, indem nur einer Art der Schanker, z. B. der harten, Erwähnung gethan wird, oder endlich sie erweisen sich als äusserst widersprechend. So führt Ricord[1]) unter 199 Fällen von Schankern auf den Geschlechtstheilen und anderen Gegenden 12 Fälle an, in denen sich das Ulcus auf der Portio vaginalis befand, so dass nach seiner Berechnung 6% aller Schanker auf den Scheidentheil der Gebärmutter kommt. In seinem anderen später erschienenen Werke[2]) erwähnt der genannte Autor dreier Fälle von

[1]) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1838, pag. 526.

[2]) Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique, 1851.

Portioschankern, wobei bei dem einen derselben eine allgemeine syphilitische Infection folgte. Rollet[1]) führt 7 Fälle von Schankern des Scheidentheils an, thut indess mit keinem Worte Erwähnung, auf welche Zahl von Schankern überhaupt sich diese 7 Fälle beziehen. Reder[2]) sagt, dass die Schanker der Vaginalportion eine seltene Erscheinung seien. Dagegen beobachtete Desprès[3]) unter 686 Kranken mit verschiedenen Geschwüren der Geschlechtsorgane 93 Fälle von weichem Schanker des Scheidentheils, d. h. c. 14% (13,63%). Zeissl[4]) ist der Ansicht, dass die Schanker in der Scheide selten vorkämen, häufiger indessen auf der Vaginalportion. Kaposi[5]) meint, dass die Schanker des Scheidentheils der Gebärmutter zu den äusserst selten beobachteten Erscheinungen gehörten. Fournier[6]) beobachtete nach A. Delahaye's Aussage im Verlaufe seiner 6jährigen Thätigkeit am Krankenhause der Prostituirten (Lourcine) in Paris alles in allem 25 Fälle von weichem Schanker der Portio. Was die harten Geschwüre anbelangt, so führt der genannte Autor[7]) auf 249 Fälle derselben an verschiedenen Theilen des weiblichen Geschlechtsapparates und anderen Localitäten 15 Ulcera indurata der Vaginalportion an, also 6,02%. Schwartz[8]) beobachtete an der Portio 25 Fälle von weichen Geschwüren und 19 Fälle von syphilitischen Schankern. Etwas später führt derselbe Autor[9]) noch einen Fall von hartem Schanker des Scheidentheils an. Auch Henry[10]) berichtet über 3 Fälle der genannten Schanker auf der Portio. Clerc weist in seiner Statistik nur einen Fall von Schanker des Scheidentheils auf und zwar auf

---

[1]) Traité des maladies vénériennes. Paris, 1866, pag. 95.

[2]) Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten, 2. Aufl. 1868.

[3]) Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'uterus. Paris, 1870.

[4]) Lehrbuch der Syphilis. Erlangen, 1871.

[5]) Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. 1. Lief. Wien. 1873.

[6]) Etude sur les chancres du col uterin, par le Dr. Schwartz. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1873.

[7]) Ibid.

[8]) Ibid.

[9]) Annales de Dermat. et de syphiligr. 1875.

[10]) Drei Fälle von syphilit. Induration am Collum und Cervix uteri. Ref. aus dem American Journal of Dermatol. and Syphilis. 1874.

die Summe von 113 Schankern anderer Localitäten, d. h. c. 0,88 %. Klink[1]) aus Warschau, der seine Beobachtungen im Krankenhause des heil. Lazarus machte, vermerkt auf 332 Fälle von Schankern der weiblichen Geschlechtstheile 8 Fälle von Portioschanker, folglich c. 2,41 %. Endlich sei noch auf die von Rollet angeführte Anschauung Sirus-Pirondi's hingewiesen, der im Gegensatze zu allen Statistiken behauptet, er habe unter 60 Fällen von weichem (mehrfachem) Schanker am Scheideneingange 58 Mal Schanker des Scheidentheils des Uterus beobachtet, also c. 96,66 %. Das wären die Anschauungen und statistischen Facta der Syphilis-Literatur.

Wenden wir uns jetzt zur gynäkologischen Literatur, von der wir mit Recht Angaben über die Häufigkeit des Auftretens des Portioschankers erwarten könnten, so erweist sich dieselbe in dieser Hinsicht noch ärmer und tragen die Begriffe der Gynäkologen über Schanker nicht selten den Charakter äusserster Unbestimmtheit und Verworrenheit an sich. Als Beispiel erlaube ich mir auf Scanzoni[2]) zu verweisen und einige Citate über den uns hier beschäftigenden Gegenstand aus seinem Lehrbuche „Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane" anzuführen, wo er p. 265, 266 und 267 Folgendes sagt: „Wir haben nur einige wenige Male Gelegenheit gehabt, primäre Schankergeschwüre der Vaginalportion zu beobachten und müssen Suchanek beistimmen, wenn er (Prager Vierteljahresschrift Bd. 33 pag. 14) sagt, dass diese Geschwüre an Tiefe, Ausdehnung und Gestalt ganz den Schankern anderer Körperstellen entsprechen und als Eigenthümlichkeiten nur die lebhaftere Injection der Umgebung und die Neigung selbst bei der leisesten Berührung zu bluten, darbieten." Weiter: „Durch unsere eigene Erfahrung ist uns kein Anhaltspunkt geboten, um zu bestimmen, ob eine Erosion syphilitischen Ursprungs ist oder nicht. Die Diagnose des syphilitischen Ursprungs eines Geschwürs an der Vaginalportion lässt sich nur durch die Uebertragbarkeit des Schankercontagiums mittelst der Inoculation des von einem Geschwüre

---

[1]) Schankergeschwüre der Vaginalportion und der Scheide. Ref. aus der Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis. 1876.

[2]) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 5. Aufl. Wien. 1875.

abgesonderten Secretes feststellen. Hierzu ist aber bezüglich der Geschwüre des Muttermundes nur selten die Möglichkeit gegeben, und zwar einestheils deshalb, weil der Sitz primär syphilitischer Geschwüre am Uterushalse erfahrungsgemäss zu den grössten Seltenheiten gehört, und anderntheils weil diese Geschwüre gewöhnlich ihren Verlauf bis zur vollständigen Heilung binnen wenigen Tagen durchmachen, so dass man also nur in den seltensten Fällen Gelegenheit haben wird, sich von der specifischen Natur dieser Ulcerationen zu überzeugen." Noch weiter sagt er: „Es steht uns doch kein Hilfsmittel zu Gebote, um zu bestimmen, ob dieses letztere ein benignes oder virulentes ist, ausser wenn man zur Sicherstellung der Diagnose den Eintritt secundär syphilitischer Erscheinungen abwarten wollte." „Den Erosionen und granulirten Geschwüren der Vaginalportion können wir nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit einen specifischen Charakter zuerkennen, wenn wir die volle Ueberzeugung haben, dass sie sich erst nach längerem oder kürzerem Bestande eines syphilitischen Leidens an einer anderen Stelle der Genitalien gebildet haben." Was die übrigen Gynäkologen anbelangt, so berühren die einen von ihnen kaum die Frage von den Schankern der Vaginalportion, die anderen schweigen gänzlich davon. Die Mehrzahl indessen wiederholt im Wesentlichen einen und denselben Satz, nämlich dass die Schanker des Scheidentheils ein ausnahmsweises Leiden darstellen. So ist z. B. Michaelis [1]) der Ansicht, dass die Schanker der Vaginalportion eine ungewöhnliche Seltenheit seien. Gorvitz [2]) erwähnt bei der Betrachtung der verschiedenen Arten von Geschwüren, die sich auf den Muttermundlippen finden, mit keiner Sylbe der weichen Schanker, sagt indess von den syphilitischen Ulcera des Scheidentheils, dass sie hier relativ sehr selten angetroffen würden und ihre Diagnose oft mit grossen Schwierigkeiten verknüpft sei, hauptsächlich aus dem Grunde, weil das syphilitische Geschwür sehr leicht seine charakteristischen Eigenthümlichkeiten verliere und sich unter dem Bilde einer einfachen Erosion oder irgend eines anderen Geschwürs präsentire. Im Gegensatze dazu meint Schröder [3]),

---

[1]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien. 1859.

[2]) Rucowodstwo c patologii i terapii tschenskoi polowoi sferi. 1876.

[3]) Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Ziemssen. Bd. 10, 1879.

dass der Schanker der Vaginalportion alle Kennzeichen des Schankergeschwüres an sich trage, dass er aber sehr selten angetroffen würde.

Mit diesen spärlichen Daten ist factisch die ganze Statistik der Schanker der Vaginalportion erschöpft. Man sieht aus derselben, dass die einen Autoren — ohne ein Procentverhältniss zu bestimmen — nur ganz im Allgemeinen die Menge der von ihnen beobachteten Schanker des Scheidentheils angeben, die anderen bestimmen nur den Procentsatz der weichen Geschwüre der Portio, die dritten geben wieder ausschliesslich den Procentsatz der harten Ulcera. Alle stimmen indess mit wenigen Ausnahmen darin überein, dass der Schanker des Cervix oder der Vaginalportion eine pathologische Seltenheit darstelle. Es ist wahr, einige Autoren geben dabei zu, dass die factische Häufigkeit dieses Schankers die scheinbare übertreffen müsse. So sagt Fournier[1]): „La fréquence réelle de ce chancre (utérin) est certainement bien supérieure à sa fréquence apparente. Sans aucun doute, en effet, c'est là une lésion qui doit passer inaperçue en un très grand nombre de cas, et cela pour deux ordres de raisons que voici: parceque d'abord elle n'est ni visible, ni sensible pour la femme, parcequ'elle ne détermine aucune souffrance et qu'elle ne donne l'éveil par aucun symptôme, parcequ'en second lieu elle a pour caractère de se modifier spontanément et de guérir spontanément avec une rapidité merveilleuse. Il faut, pour la constater, arriver juste à point et la surprendre dans sa courte période d'existence, sinon, ou bien elle n'a plus déjà de caractères suffisants pour la faire reconnaître, ou bien mêne c'en est fait, elle n'existe plus."

Indem ich das Obenerwähnte im Auge hatte, unterzog ich mich der Mühe, durch eigene Beobachtungen die Richtigkeit der bis heute existirenden Ansichten und statistischen Daten hinsichtlich der Häufigkeit des Portioschankers möglichst zu untersuchen und zu ergänzen, und im Falle es mir nicht gelingen sollte, die Mittelzahl der Häufigkeit des Auftretens der Schanker auf diesem Organe festzustellen, wenigstens so viel als möglich zur Erreichung dieses Zweckes beizutragen. Als Material für diese Beobachtungen

[1]) Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme Paris, 1873. pag. 71.

wählte ich ausschliesslich Prostituirte, deren Abtheilung ich im Mjasnitzkischen — (Syphilis-) — Krankenhause in Moskau dirigirte, von der Ueberzeugung ausgehend, dass die Prostituirten — Dank ihrer Profession — in obiger Beziehung den Vorzug vor den anderen verdienen und zwar sowohl durch ihre relativ grosse Zahl als auch durch die Häufigkeit der Ansteckung, hauptsächlich aber deshalb, weil sie unter fortwährender Controle des polizeiärztlichen Comités stehen, was in vielen Beziehungen von Wichtigkeit ist. Dank dieser Controle kann eine Prostituirte nur selten der Beobachtung im Krankenhause — im Falle einer jeden, selbst der geringfügigsten, krankhaften Erscheinung — entgehen, mag sie nun von ihr selbst bemerkt worden sein oder nicht, schmerzhaft sein oder nicht, wie z. B. die Schanker der Vaginalportion. Ausserdem ist durch diese Controle den Aerzten des Specialkrankenhauses die Möglichkeit gegeben, die Zeit der Erkrankung bei jeder Prostituirten annähernd zu bestimmen, besonders bei denen aus den öffentlichen Häusern, wo die Besichtigung von Seiten der Aerzte regelmässig 2 Mal die Woche stattfindet und folglich die Möglichkeit vorliegt, den ganzen Gang des krankhaften Processes, in unserem Falle der Schanker, vom Anfang bis zum Ende zu verfolgen. Es ist klar, dass man alle diese Vortheile bei Frauen anderer Klassen nicht geniesst. Ehe ich indessen darangehe, die Resultate meiner Beobachtungen anzuführen, halte ich es nicht für überflüssig — wenn auch nur in Kürze — die wesentlichen und charakteristischen Kennzeichen zu beschreiben, die dem Schanker überhaupt eigenthümlich sind und auf denen die Differenzial-Diagnose zwischen diesen und den anderen ulcerativen Processen der Portio beruht. Wie bekannt, ist gegenwärtig, Dank den neuesten Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung und Erfahrung die dualistische Lehre fest eingebürgert, nach welcher zweierlei Schanker als hinsichtlich der Entstehung und der Folgen vollständig verschiedene Krankheiten anerkannt werden, d. h. der weiche Schanker und der sklerosirte sogenannte Huntersche Schanker, oder mit anderen Worten das primäre syphilitische Geschwür. Deshalb soll auch bei der Untersuchung eines Schankers der Vaginalportion die erste Aufgabe in der Bestimmung des Charakters dieses Schankers bestehen, es soll constatirt werden, ob es sich um einen weichen oder im Gegensatze dazu um einen sklerosirten Schanker handelt.

Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale derselben (wenigstens in der Phase, in der wir sie am häufigsten auf dem Scheidentheile finden, d. h. wenn die Schankergeschwüre schon einen beträchtlichen Grad der Entwicklung erlangt haben) bestehen in Folgendem: Das weiche Geschwür stellt in der Regel einen bemerkenswerthen Substanzverlust dar, eine Vertiefung mit unterminirten und gewissermassen ausgefressenen Rändern, die von einem reactiven Entzündungshofe umgeben ist. Die Oberfläche des harten Geschwürs ist dagegen gewöhnlich flach, oft erhoben, ohne scharfe Ränder und präsentirt sich nur sehr selten in Form eines bemerkenswerthen Substanzverlustes. Der Boden des weichen Geschwürs ist ebenso wie die Ränder uneben, ausgenagt und mit einem mehr oder weniger reichlichen gelblichen oder fettähnlichen Secrete bedeckt. Der Grund des harten Geschwürs ist glatt, wie lackirt, von graulichem oder röthlichem (fleischfarbigen) Ansehen und sondert eine spärliche, serös-blutige, selten eitrige Flüssigkeit ab. Der Boden des weichen Geschwüres ist weich, teigartig oder zeigt nur die Consistenz der entzündlichen Infiltration, während das harte Geschwür — wie schon der Name zeigt — sich in der Regel durch einen verhärteten, sklerosirten Grund auszeichnet, wenn auch in geringerem Grade als dieses bei den Schankern der Haut der Fall ist. Den gewöhnlichen Begleiter des syphilitischen Geschwürs bildet eine Affection der zunächstgelegenen Lymphgefässe und Drüsen in Form von schmerzlosen Geschwülsten, die sich in der Mehrzahl der Fälle nicht in Abscesse umwandeln. Ein ähnliches Ergriffenwerden des Lymphgefässsystems findet bei dem weichen Schanker überhaupt nur in seltenen Fällen statt (in 20 auf 100 nach Zeissl) und gilt das vorzüglich von den Schankern der Vaginalportion, wo es nur in den Fällen eintritt, wenn diese Ulcera von solchen der äusseren Geschlechtstheile begleitet sind, wobei in der Regel Abscesse entstehen. Das primäre syphilitische Geschwür ist von den Erscheinungen der secundären Lues gefolgt, während das weiche Ulcus, wie bekannt, zu den rein örtlichen Leiden gehört. Was endlich die Impfung des Schankereiters anbelangt, von der man zuweilen bei der Feststellung des Charakters des beobachteten Geschwüres Gebrauch macht, so habe ich zu derselben nicht meine Zuflucht genommen, erstens weil in vielen Fällen meiner Beobachtungen die Fähigkeit des Schankersecretes,

auf den Träger selbst überimpft werden zu können, augenscheinlich war durch die darauf folgende Entwicklung derselben Schanker an benachbarten Theilen, zweitens aber noch deshalb, weil gegenwärtig das Factum als bewiesen zu betrachten ist, dass auch das Secret der harten Geschwüre auf den Träger bis zum Ausbruche der Allgemeinerscheinungen überimpft werden kann. (Auspitz.)

Von den krankhaften Affectionen der Portio, mit denen man die eine oder andere Art des Schankers verwechseln könnte, sind anzuführen: die folliculären Geschwüre, die einfachen Abschürfungen oder Excoriationen (Erosionen), die herpetischen Geschwüre, die papillären Erosionen, die krebsigen und tuberculösen Ulcerationen.

Was die sogenannten folliculären Geschwüre anbelangt, so stellen dieselben kleine, napfförmige Ulcera dar, deren Entstehung durch geplatzte Follikel bedingt ist, die sich am zahlreichsten um den äusseren Muttermund und im Cervicalkanale selbst vorfinden und in der That beim ersten Anblick an weiche Geschwüre erinnern. Ihre Unterscheidungsmerkmale sind indess folgende: 1. Die Grösse der folliculären Geschwüre, die gewöhnlich nicht diejenige der entzündeten Follikel, aus denen sie entstanden, übertrifft und ihre Unfähigkeit sich weiter auszubreiten, so dass man den Beginn ihrer Entwicklung — die Zerstörung der Follikel — schon so zu sagen für den Beginn ihrer Heilung, ihres Verschwindens nehmen kann. 2. Die Kauterisation bildet schon vom ersten Beginne ihrer Entwicklung an das beste therapeutische Mittel, während die Aetzung des weichen Geschwürs vor der Periode der Reinigung desselben in der Regel von schädlichem Einflusse auf seinen Verlauf ist. 3. Die folliculären Geschwüre finden sich in der Regel zusammen mit geschwollenen und entzündeten Follikeln und gruppiren sich vorzugsweise um den äusseren Muttermund, indem sie gewöhnlich durch einen Katarrh der Schleimhaut des Halses und selbst des Körpers der Gebärmutter hervorgerufen und in der Mehrzahl der Fälle von allen Folgezuständen dieses Katarrhs begleitet werden — Hyperplasie und Hypertrophie der Portio, Fluor albus, Brennen in der Gegend des kleinen Beckens, Kreuzschmerzen etc. Die weichen Geschwüre des Scheidentheils verlaufen vollständig schmerzlos und hängen nicht von einem katarrhalischen Zustande des Cervicalkanals und der Portio ab. 4. Im Gegensatze zum Schanker haben

sie nicht einen typischen Verlauf und verhalten sich vollständig indifferent zum Jodoform, das nach unseren Beobachtungen gewissermassen ein Specificum bei der Heilung weicher Geschwüre darstellt.

Von dem syphilitischen Initialulcus sind sie auch nicht schwierig zu unterscheiden, theils schon durch die äussere Form, aber hauptsächlich durch das Fehlen der Sklerose am Grunde und der Adenopathie.

Die einfache Abschürfung oder Erosion präsentirt sich nur als einfach geröthete Stelle, die des feuchtglänzenden Epithels beraubt ist, mit glattem, hyperämischem Grunde und erinnert nur im ersten Stadium der Entwicklung an das weiche Geschwür oder den sklerosirten Schanker; ihr weiterer Verlauf zeigt uns bald, mit was wir es zu thun haben. Das weiche Geschwür nimmt bald die Form einer Vertiefung, einer Höhlung an, Boden und Ränder desselben werden unregelmässig in Folge der Neigung der anliegenden Gewebe zum raschen und ungleichmässigen Zerfall und scheiden in Folge dessen in grösserer oder geringerer Menge ein hellgelbes eitriges Secret ab, mit einem Worte das weiche Geschwür nimmt bald seine gewöhnliche Physiognomie an. DieErosion dagegen bleibt entweder lange in statu quo, oder heilt rasch und spurlos bei einfachem Reinhalten oder einem indifferenten Heilverfahren. Eine einfache Abschürfung vortäuschend ist das primäre syphilitische Geschwür in der Regel von der charakteristischen Affection der zunächstgelegenen Lymphdrüsen und der Sklerose am Grunde begleitet, während bei der einfachen Erosion, mag sie auch noch so lange bestehen und sich unter noch so ungünstigen Verhältnissen befinden, weder das eine noch das andere beobachtet wird.

Die papilläre Erosion ist eine weitere Metamorphose der einfachen und charakterisirt sich durch die Gegenwart von kleinen, dunkelrothen Punkten auf der Oberfläche derselben, die nichts anderes sind als die im Reizzustande befindlichen Spitzen der ihres Epithels beraubten Papillen. Die papillären Erosionen trifft man in der Regel neben einfachen, sie sind von einem Cervix- und Scheidenkatarrhe begleitet und gruppiren sich um den äusseren Muttermund. Auf diese Weise geben schon die äussere Form, die von solchen Geschwüren bevorzugte Localität zu den Seiten des Muttermundes, verbunden mit den anderen charakteristischen Kenn-

zeichen der einfachen Erosion, Momente genug zur Unterscheidung von beiden Formen des Schankers ab.

Weiter können die sogenannten herpetischen Geschwüre Grund zur Verwechslung mit syphilitischem Primärulcus geben, besonders wenn sie die Form einer Erosion darbieten. Sie unterscheiden sich indess dadurch, dass sie als Folge ihrer Entstehung durch Zusammenfliessen meist einer ganzen Gruppe geplatzter Bläschen sich aus mehreren Segmenten bestehend documentiren und überhaupt eine unregelmässige Form haben, zweitens dadurch, dass ihr Grund niemals eine Verhärtung darbietet, drittens sind sie nie, ebensowenig wie die anderen Formen der einfachen Geschwüre, von einer Affection der Lymphdrüsen begleitet, und viertens endlich heilen sie rasch bei einfachem Reinhalten ohne jegliche Therapie.

Um diese kurze Differenzialdiagnose des Schankers der Portio zu beendigen, erübrigt mir noch der krebsigen und tuberculösen Geschwüre zu erwähnen, die gleichfalls zuweilen Veranlassung zur Verwechslung mit Schanker geben können. Das carcinomatöse Ulcus des Scheidentheils bietet, wie das die ersten Gynäkologen (z. B. Scanzoni und Schröder) zugeben, keinerlei Schwierigkeiten betreffs der Differenzialdiagnose. Und in der That, die meistentheils kraterförmige Gestalt und beträchtliche Tiefe der Wunde mit unregelmässigen, dicken, harten und buckligen Rändern, ihr unebener, mit einem schmutzig-eitrigen und stinkenden, oft jauchigen Secrete bedeckter Boden, die sie oft begleitende Hypertrophie der Vaginalportion, die Unbeweglichkeit der Gebärmutter selbst in Folge von Verwachsungen, die von Zeit zu Zeit auftretenden hartnäckigen Blutungen, die heftigen ausstrahlenden Kreuzschmerzen, die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, die uns im Geschwürsdetritus eine Masse von Epithelzellen und eine beträchtliche Wucherung der Elemente des Bindegewebes zeigt, endlich das vorgerückte Alter der Patientin und die Erscheinungen der Krebskachexie — alle diese Momente genügen um die Differenzialdiagnose zwischen Carcinom und Schanker zu stellen. Eben so wenig Schwierigkeiten bietet es, die tuberculösen Geschwüre der Portio auszuschliessen, da die Tuberculose der Gebärmutter als primäre Affection im höchsten Grade selten ist (nach Dietrich von 40 tuberculosen Frauen bei einer) und immer von den Erscheinungen der Tuberculose in anderen Organen begleitet wird.

Indem ich auf diese Weise der oben auseinandergesetzten Charakteristik der Schanker überhaupt und der Schanker der Portio insbesondere folgte und einerseits bei Aufstellung der Differenzialdiagnose in jedem einzelnen Falle besondere Aufmerksamkeit auf das Zusammenfallen der ihnen wesentlichen Kennzeichen so wie auf etwaige Anomalien derselben richtete und andererseits auf persönlicher Erfahrung fussend, die ich mir zur Zeit meiner Thätigkeit im Krankenhause erworben, hatte ich Gelegenheit in der Prostituirtenabtheilung des Mjasnitzkischen Hospitals im Verlaufe von mehr als 4 Jahren unter 1374 Fällen von Schanker an verschiedenen Theilen der Geschlechtsorgane und der ihnen anliegenden Localitäten (Perinaeum, Orific. urethrae etc.) 117 Fälle von Schanker auf der Vaginalportion der Gebärmutter zu beobachten, wobei 13 Fälle auf harte Geschwüre mit nachfolgender allgemeiner Infection fallen. Drückt man die erhaltenen Zahlen im Procentverhältnisse aus, so haben wir etwa 8,5% (8,515%), die auf Schanker der Portio überhaupt und c. 1% (0,94%), die auf harte Geschwüre fallen.

Neben den Schankern des Scheidentheils der Gebärmutter insbesondere notirte ich mir gleichzeitig auch die Schanker, die sich auf den äusseren weiblichen Geschlechtsorganen und den ihnen angrenzenden Localitäten fanden und erhielt für dieselben folgende Zahlenverhältnisse: Von der Gesammtzahl — 1374 Schanker — befanden sich auf den grossen und kleinen Schamlippen 644 — 272 am Scheideneingange oder zwischen den sogenannten Carunculae myrtiformes, 176 in commissura posteriori, 60 in regione perinaei, 55 in regione anali, 26 in commissura anteriori oder in vestibulo vaginae, nur 3 mehr oder weniger hoch in der Scheide selbst und endlich 3 reine Fälle in orificio urethrae, so dass den Geschwüren der Portio (von denen ich 117 beobachtete) der vierte Platz in dieser Parallele oder Reihe gebührt.

Die Patientinnen mit Schanker der Vaginalportion standen im Alter von 17—38 Jahren, die Schanker fanden sich gleicherweise sowohl auf der vorderen als hinteren Lippe der Gebärmutter, etwas häufiger indess umgaben sie das Orificium externum uteri. In Form und Grösse zeichneten sie sich durch grosse Unbeständigkeit aus. Bezüglich der Tiefe der Geschwüre wurde die Eigenthümlichkeit beobachtet, dass die Schanker der Portio sich immer

weniger vertieft erwiesen als die Schanker der Haut. Der Verlauftermin der Schankergeschwüre war in der Mehrzahl der Fälle protrahirter, als der Verlauf derselben an anderen Orten, was übrigens hauptsächlich von Complicationen abhing, z. B. eitrigem Katarrhe des Cervicalkanals etc.

Was insbesondere die primären syphilitischen Ulcera des Scheidentheils anbelangt, so war es mir gegenüber den Behauptungen der Mehrzahl der Autoren in einer Reihe von Fällen möglich, an ihnen jene charakteristische, wenn auch freilich weniger deutlich als bei den Schankern der Haut ausgesprochene, knorpelartige Härte zu constatiren, die dem sklerosirten Ulcus eigenthümlich ist, dabei wurden in der Mehrzahl der Fälle zuerst die Leistendrüsen in Mitleidenschaft gezogen (ohne Unterschied bald die der rechten, bald die der linken Seite, oder aber diese und jene zugleich), worauf dann eine specifische Adenitis am Ellbogen und Halse sich zeigte, selten war der Gang ein umgekehrter.

Resumiren wir alles oben Auseinandergesetzte, so kommen wir meiner Ansicht nach mit Recht zu folgenden Schlüssen:

I. Dass die Schanker der Vaginalportion bei Prostituirten nicht eine derartige pathologische Seltenheit bilden, wie das bis heute die Mehrzahl der Autoren ansieht.

II. Dass die Differenzialdiagnose dieser Schanker bei weitem nicht die Schwierigkeit darbietet, die ihr von Syphilidologen und besonders Gynäkologen in der Regel beigelegt wird.

III. Dass die Impfung des Schankersecretes bei der Diagnose der Schanker der Portio kein unumgängliches Kriterium darstellt, da man auf Grund der übrigen (vorhandenen) Kennzeichen immer genau den Charakter des beobachteten Schankers zu bestimmen im Stande ist.

IV. Dass der Vaginalportion in derselben Weise wie den übrigen benachbarten Organen die Fähigkeit zukommt, von dem Schankergifte angesteckt zu werden, und wenn an ihr die Schanker verhältnissmässig seltener beobachtet werden, so hängt das einzig von ihrer anatomischen d. h. mehr tiefen Lage ab, die sie einerseits weniger verwundbar macht und andererseits den Contact mit dem ansteckenden Secrete erschwert.

Ein Fall von Lepra.

Mitgetheilt von Dr. **M. Breuer,**
emeritirtem ersten Secundar-Arzt des Rothschild-Spitales in Wien.

Auf Veranlassung des Primar-Arztes, Herrn Dr. Oser, berichte ich im Folgenden über einen Fall von Lepra, den ich eingehender zu beobachten Gelegenheit hatte und der mir in mancher Hinsicht berücksichtigenswerthe klinische Momente darzubieten scheint.

Löw Schn., 24 Jahre alt, aus Jerusalem, wurde am 4. Juni 1880 in das Rothschild-Spital aufgenommen. Derselbe ist nach seiner Angabe seit 10 Jahren krank, seit 12 Jahren verheiratet und Vater von 3 gesunden kräftigen Kindern; ein viertes ist als Säugling an Blattern gestorben. Eltern und Grosseltern, sowie Frau des Patienten sind und waren gesund. Vor 10 Jahren will Pat. sich während einer kalten Winternacht im Walde aufgehalten haben; er sei erwacht und es habe ihn derart gefroren, dass er so schnell als möglich in eine Hütte, die geheizt war, flüchtete und sich Hände und Füsse wärmte. Bald darauf wären Blasen (Pemphigusblasen, Pemphigus leprosus) an den Fingern und Zehen entstanden. Diese Blasen wären sodann geplatzt und es hätte sich aus denselben eine gelbliche, seröse, dünne Flüssigkeit entleert und das Corium blossgelegt. Auch will Pat. in späterer Zeit Knoten, besonders am Rücken bemerkt haben, welche wieder schwanden. In Jerusalem wurde Pat. Jahre hindurch ohne Erfolg behandelt, so dass er sich entschloss, nach Wien zu gehen, um von seinem schweren Leiden befreit zu werden.

Bei der Aufnahme bietet Pat. folgendes Bild dar:

Körper gross, von kräftigem Knochenbau, blasser cachektischer Gesichtsfarbe, Schleimhaut der Lippen, der Mundhöhle anämisch. Das Gesicht selbst gedunsen, die Haut desselben in starke Falten gelegt;

die Backenknochen besonders hervortretend. Beide Faciales leicht paretisch, in Folge dessen beide, besonders das linke Auge, nicht geschlossen werden können, so dass eine deutliche Spalte zwischen beiden Augenlidern vorhanden ist. Die Nase am Rücken eingedrückt in Folge Schwundes des Septums, so dass die Spitze derselben bis beinahe gegen die Lippen geneigt erscheint. Die Schleimhaut der Nase besetzt mit kleinen Knoten; derartige Knoten sind auch mittelst Nasenspiegels von den hinteren Choanen aus auf der Nasenschleimhaut zu sehen. Auf dem linken Bulbus ein Knoten von der Grösse einer kleinen Nuss, der an der Oberfläche eine schwammige, von Gefässen durchzogene, exulcerirte Beschaffenheit hat. Die Messung dieses Knotens ergibt 17 Mm. im Längendurchmesser, 15 Mm. im Breitendurchmesser und 11 Mm. im Höhendurchmesser. Dieser Knoten nimmt den äusseren, unteren Theil des Bulbus total ein, so dass weder von der Cornea noch Sklera mit Ausnahme des oberen inneren Theiles irgend etwas zu bemerken ist. Der freie Theil der Cornea ist getrübt, von kleinen Gefässen durchzogen, die direct vom Knoten dahin zu verfolgen sind (Pannus leprosus). Am rechten Bulbus von der Conjunctiva bulbi ausgehend, und zwar von der unteren Uebergangsfalte hin gegen den Limbus corneae ein Gefässbündel in der Gestalt eines Dreieckes. Am Limbus selbst ist eine kleine Prominenz zu sehen, welche als Anfangsstadium eines Knotens zu betrachten ist. Am rechten Auge haben wir dasselbe Bild wie bei einer Conjunctiv. lymphatica (Herpes conjunctivae). An der Wange, an der Stirne Knoten von Haselnussgrösse von elastischer Consistenz. Die Augenbrauen und die Cilien, besonders links, u. zw. gegen die Nasenseite hin, fehlen, so dass dort kahle Stellen sich finden, während am behaarten Kopfe keine Spur einer Kahlheit zu finden ist; daselbst auch keine Knoten zu beobachten sind. Am Stamme, speciell am Rücken, sind kleine, weissliche Hautstellen, sonst aber keine Spur von Knoten vorhanden. An den oberen und unteren Extremitäten sind durch die Haut hindurch im Unterhautzellgewebe kleine, erbsengrosse, harte, derbe Knoten zu fühlen, die nach Angabe des Patienten bei Druck sehr schmerzhaft sind. In der Nähe des Hand- und Fussgelenkes beider Extremitäten sind derbe, an der Oberfläche genabelte, wie mit Lack überstrichene, glänzende Knoten von der Grösse einer Wallnuss, die gruppenförmig gelagert erscheinen und eine grau-röthliche Farbe haben. Eine besondere Gruppirung von Knoten findet sich an der rechten oberen Extre-

mität in der Nähe des Handgelenkes, wo eben eine ganze Reihe derselben bis in die Mitte des Vorderarmes gelagert erscheinen. Auf derselben Extremität am Ellbogengelenke ist eine rundliche, kraterförmige, an den Rändern harte Ulceration, welche auf den Grund hin sich verjüngend zuläuft; der Grund selbst ist weisslich glänzend; durch diese weisslich glänzende Stelle (Bänderapparat des Gelenkes) sieht man die Endstücke der Knochen bei Bewegungen des Gelenkes. Die Grösse dieses Geschwüres verhält sich folgendermassen: Im Längendurchmesser 9 Cm., im Breitendurchmesser 7 Cm. und im Tiefendurchmesser $1^1/_2$ Cm. Nach aussen von dem Geschwüre in der Rinne des Olecranon ist der Ulnaris als ein derber, harter, stellenweise verdickter Strang durchzufühlen und lässt sich nach aufwärts ebenfalls verfolgen. Aehnliche solche Ulcerationen, die aber nicht so tief gehen, sondern ganz oberflächlich gelagert, sind an den Sitzknorren und Trochantern symmetrisch zu finden. An der Planta pedis beider unteren Extremitäten sind starke, blutende, derbe Rhagaden vorhanden. An den unteren Extremitäten sind dünne, weisslich glänzende Hautstellen, welche eine besondere Grösse an beiden Kniegelenken haben. An der rechten Patella eine kreisrunde, im Centrum weisslich glänzende, an der Peripherie röthlich-braune, faltige Hautpartie von der Grösse eines Thalers; an der linken Patella eine ähnliche Hautpartie, nur ist selbe auch im Centrum von röthlicher Farbe. An beiden unteren Extremitäten ist der Haarwuchs total verloren, sowie die Epidermis eine kleienartige Abschilferung zeigt. Die Finger und Zehen verkrüppelt und verstümmelt, von einander abstehend, an allen derselben die 2. Phalanx fehlend, dabei aber an allen die letzte vorhanden, so dass auf die 1. durch Retraction bei der Heilung die 3. Phalanx festgeheftet ist. Die letzten Phalangen kolbenartig aufgetrieben, auf denselben die Nägel nur als leichte Eindrücke angedeutet. Die Hände und Füsse plump, missgestaltet, ödematös, so dass das Ergreifen oder das Gehen sehr behindert ist.

Die Untersuchung der inneren Organe ergibt Folgendes:

Am harten Gaumen eine Gruppe von derben Knoten, welche zu einem tropfsteinartigen Bilde gruppirt erscheinen. Die Uvula, Gaumenbögen und die hintere Rachenwand durch narbige Einziehungen total verunstaltet und verwüstet, so dass wir ein ähnliches Bild haben wie bei Rhinosklerom. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel

ergibt exulcerirte Knoten auf der Epiglottis, so dass selbe schwer gehoben und gesenkt werden kann, desgleichen eine knotige Verdickung des rechten Stimmbandes gegen den Processus muscularis, so dass die Stimme sehr hoch ist und einen heiseren Charakter besitzt. Die Untersuchung der Lunge, des Herzens und der Nieren ergibt nichts Abnormes. Die Untersuchung des Harnes, welche von meinem Collegen Dr. Spiegler im Laboratorium des Herrn Prof. Ludwig gemacht wurde, ergibt Folgendes: Der Harn reagirt sauer, dunkelgelb, enthält keinerlei abnorme Bestandtheile. Spec. Gew. 1016, kein Eiweiss; Chloride und Schwefelsäure normal; Harnstoffbestimmung nach Knop-Hüfner- und Liebig-Pflüger'scher Methode (vier Bestimmungen) durchschnittlich 16·94 Grm. in 1000 Cctm. Harn; Harnsäure nach modificirter Salkowski'scher Methode 0·6748 in der Harnmenge von 1800 Cctm. Harnes.

Die Hoden fühlen sich kleiner, etwas derber, härter an. Die Lymphdrüsen, besonders in der Leistengegend, geschwellt, bei Druck schmerzhaft.

Die Untersuchung mit dem constanten und Inductionsstrome ergibt Folgendes:

Das Gebiet das Oculomotorius reagirt gar nicht auf beide Arten von Strömen. An beiden oberen Extremitäten werden prompte Zuckungen ausgelöst. Weniger prompt werden die Zuckungen an den beiden unteren Extremitäten ausgelöst, speciell ist es der Tibialis anticus und der Peronaeus, welche nicht so stark reagiren, wie es normaler Weise der Fall sein sollte. Die Wadenmusculatur, besonders der rechten unteren Extremität reagirt gar nicht, so dass man durch diese Muskelgruppe eine lange Nadel in toto hineinstecken kann, ohne dass Patient etwas davon verspürt. Dafür werden die Sehnenreflexe und speciell die Patellarsehnenreflexe auf das schärfste und prompteste ausgelöst. Bei der leisesten Berührung der Patellarsehnen beider Extremitäten werden die Unterschenkel weit weggeschleudert. In Bezug auf die Hautsensibilität ergeben sich folgende Resultate: Die Haut zeigt im Grossen und Ganzen eine herabgesetzte Sensibilität, die um so geringer wird, je näher wir den weisslichen Stellen kommen, bis die Sensibilität total aufhört, an den mit weisslichen Centren versehenen Hautstellen der Patella. Körpergewicht 46·5 Kilo. Patient bekommt innerlich Decoct. Zittmanni und auf die exulcerirten Stellen ein Emplastr. hydrarg.

9. Juni 1880. Patient hat Diarrhöen; schleimige, mit Blut gemengte Stuhlmassen, so dass an eine Lepra im Darme gedacht wird, Die Massen werden zu wiederholten Malen mikroskopisch untersucht, ergaben aber ein auf Lepra im Darme negatives Resultat. Decoct. Zittmanni wird ausgelassen und Patient nimmt Syr. jodat.

16. Juni. Die Diarrhöen hören auf.

8. Juli. Der Knoten an der linken Conjunctiva bulbi wird abgetragen und derselbe von Prosector Dr. Chiari histologisch untersucht und ergibt Folgendes: Der aus der Conjunctiva exstirpirte Knoten besteht aus verschiedenartig geformten, nämlich theils runden, theils spindel-, theils sternförmigen Zellen, zwischen welchen zarte Bindegewebsfasern (Reste des ursprünglichen Gewebes) in spärlicher Menge sich finden. Die Grösse der Zellen schwankt zwischen 0·022 Mm. und 0·04 Mm. im Diameter. Zu gleicher Zeit untersuchte auch Dr. Chiari das Blut des Patienten, konnte aber mit Hartnack-Immersion 10 keine abnormen Bestandtheile finden. Prof. Dr. Frisch untersuchte später das Blut und fand mit Immersion 15 spärliche kleine stäbchenförmige Gebilde (Bacillen), welche die Länge des dritten Theiles des Durchmessers eines normalen rothen Blutkörperchens haben. Doppel- und Kittenform konnten nicht gefunden werden. Prof. Frisch will diese Bacillen mit den von Hansen im Blute von Leprösen gefundenen nicht für identisch halten.

18. Juli. Pat. wird gewogen und hat ein Gewicht von 50·2 Kilo.

Die weisslichen Stellen, besonders an der Patella, die nichts anderes sind als Narben und, wie Patient trefflich schildert, an Stelle der Blasen (Pemphigusblasen) getreten, zeigen ausser ihrer Anästhesie, wie ich schon oben bemerkt habe, auch noch in Bezug auf die Temperaturverhältnisse Eigenthümlichkeiten, die ich mir erlauben werde, genauer zu beschreiben. Es wurden nämlich zu wiederholten Malen Temperaturmessungen gemacht und es wurde folgendermassen vorgegangen:

Es wurde genau die Zimmertemperatur bestimmt und dem Pat. zu gleicher Zeit ein Thermometer in die Achselhöhle und eines in das Rectum gegeben, während ich ein flaches, spiralförmiges auf diese anästhetischen Hautstellen auflegte und fest andrückte. Die Thermometer wurden durch 10 Minuten liegen gelassen und es ergaben sich folgende Resultate:

19. Juli. Zimmertemperatur 21° C., Rectumtemperatur 38° C., Achselhöhlentemperatur 36·6° C.; die Temperatur der anästhetischen Stelle an der rechten Patella 34·9° C., unmittelbar über dieser Stelle am Oberschenkel 36·1° C. Hauttemperatur. Die Temperatur der an der linken Patella gelegenen anästhetischen Stelle 36·1° C.; an einer sensiblen Stelle des Thorax 35·9° C.

21. Juli. Zimmertemperatur 22° C., Rectumtemperatur 38·2° C., Achselhöhlentemperatur 37° C., Hauttemperatur an der anästhetischen Stelle an der rechten Patella 34·4° C.; Hauttemperatur einer sensiblen Stelle des Oberschenkels in der Höhe der anästhetischen Stelle 35·8° C. Die weniger anästhetische Stelle an der linken Patella 35·4° C. Hauttemperatur einer sensiblen Stelle am Thorax 35·8° C.

23. Juli. Zimmertemperatur 20° C., Rectumtemperatur 38·1° C., Achselhöhlentemperatur 36·7° C., Hauttemperatur an der anästhetischen Stelle der rechten Patella 34·7° C.; Temperatur am rechten Unterschenkel 35·6° C.; Hauttemperatur der Thoraxwand 35·6 C.

6. August. Zimmertemperatur 21° C., Rectumtemperatur 37·9° C., Achselhöhlentemperatur 37·3° C., Hauttemperatur an der anästhetischen Stelle der rechten Patella 34·6° C., Temperatur der weniger anästhetischen Stelle an der linken Patella 35·9° C.; Temperatur der Thoraxwand 35·8° C.

23. August. Pat. hat bei seiner Entlassung ein Gewicht von 52 Kilo. Einige Knoten an der Wange sind, nachdem sie oberflächlich exulcerirt sind, total geschwunden mit Hinterlassung einer röthlichbraunen Narbe. Dafür sind am oberen linken Augenlide nach der Schläfenseite hin zwei kleine hanfkorngrosse Knoten aufgetreten, die sich derb und hart anfühlen. Der Knoten auf der Conjunctiva bulbi des linken Auges ist recidivirt, hat aber noch nicht die ursprüngliche Grösse erhalten, wie er sie bei der Aufnahme zeigte. Das Geschwür am rechten Ellbogengelenk hat an Umfang abgenommen, die Tiefe desselben reicht aber noch immer bis zum Gelenk. Das Grössenverhältniss ist folgendes: Im Längendurchmesser 3 Ctm., im Breitendurchmesser 2 Ctm. und im Tiefendurchmesser $1^1/_2$ Ctm. Die Geschwüre an den Sitzknorren und Trochanteren sind fast ganz geschwunden, so dass der Pat. bei weitem gebessert entlassen werden konnte, um wieder in seine Heimat zurückzukehren.

Ich erlaube mir nun auf einzelne bemerkenswerthe Symptome näher einzugehen.

I. Zunächst ist es der Lepraknoten auf der Conjunctiva bulbi des linken Auges, der besonders hervorzuheben ist. Ein Knoten von der Grösse ist meines Wissens bis jetzt in der Literatur weder bekannt noch beschrieben worden. Nur Sylvester aus Bombay beobachtete zwei Fälle, wovon der eine am linken Bulbus einen erbsengrossen Knoten hatte, und von dem anderen ist nur bemerkt, dass der Knoten eine Art Staphylom auf der Cornea gebildet, ohne dass aber die Grössenverhältnisse genauer angegeben sind.

II. Symptome von Seiten des Nervenapparates. Von besonderem klinischem Interesse sind die bereits in der Krankengeschichte beschriebenen anästhetischen Hautstellen und besonders die an den Kniegelenken. Solche herabgesetzte Sensibilität zeigt im Grossen und Ganzen, wie schon früher bemerkt, die ganze Oberfläche der Haut unseres Patienten, so zwar, dass bei leichter Reizung der Haut nichts verspürt wird, bei starker aber der Eindruck ihm zum Bewusstsein kommt. Anders aber an der rechten Patella. Man konnte hier mit der Spitze des Messers tiefe Eindrücke machen, ohne dass die Stiche dem Patienten zum Bewusstsein kamen. Es ist dies eine Thatsache, die ich besonders hervorheben möchte. Die Form unserer Lepra ist nach der Eintheilung, wie sie jetzt üblich ist, eine tuberöse. Es gibt aber noch zwei andere Formen, nämlich eine maculöse, auf die ich nicht weiter eingehen will, und eine anästhetische. Die anästhetische findet ihre Erklärung darin, dass im Centrum (Rückenmark) Lepraknoten auftreten, und, da die Leitbahnen (Nerven) an ihrem Ursprung ebenfalls erkrankt sind, die Haut anästhetisch machen. Steudener machte zuerst darauf aufmerksam, dass sich Verdickung der Gefässe und colloide Entartung des Rückenmarkes vorfinde. Durand-Fardel war derjenige, der den Ausspruch machte, es handle sich bei Lepra um ein centrales Leiden sklerotischer Natur, das seinen Sitz in den hinteren Rückenmarkssträngen habe. In neuester Zeit hatte Tschiriew Gelegenheit, einen Leprösen zu obduciren und fand in Bezug auf das Rückenmark folgende Thatsachen, die ich hier in Kürze anführen muss. Es fanden sich im Centralkanale des Halsmarkes sehr viele lymphatische Zellen von runder Gestalt.

Bei sonst gleichmässiger (weder Gruppen noch Haufen bildender) Vertheilung waren diese am zahlreichsten in der gelatinösen Substanz der Hinterhörner. Die Rückenmarksvenen sind congestionirt; kleine Hämorrhagien finden sich in den vorderen Partien des linken Hinterhornes, rothe extravasirte Blutkörperchen in den Spalten der grauen Substanz. Die Nervenwurzeln, speciell die hinteren, waren eine Spur verdickt. Wodurch aber findet die locale Anästhesie ihre Erklärung?

Die Knoten, welche auf der Haut auftreten, ergreifen auch die peripheren Enden der Hautnerven; es treten nämlich in den Nervenscheiden ebenfalls Lepraknoten auf, wodurch die Leitungsfähigkeit derselben aufgehoben wird. Die Folge davon ist die locale Anästhesie der Haut, wodurch unser Fall zu der Mischform einer tuberösen und anästhetischen Form wird, wie Hansen ganz trefflich bemerkt hat, dass mit der Zeit jede tuberöse Form zu einer anästhetischen wird, wenn sie es nur erlebt.

Bergmann hat auf die Thatsache aufmerksam gemacht, dass in den peripheren Nerven eine Ablagerung lepröser Neubildung in den Nervenfasern und Faserbündeln stattfinde. In Folge dessen haben wir auch die Trockenheit, Kälte der Haut, wie sie schon in der Krankengeschichte angeführt wurden.

Ich habe noch ein Symptom an unserem Patienten gefunden, dass nämlich gewisse Muskelgruppen gar nicht, oder nur sehr wenig auf die Einflüsse des elektrischen Stromes reagiren; wie schon früher bemerkt, sind es die Muskeln, die vom Oculomotorius versorgt werden, und speciell die Wadenmusculatur. Dem Patienten wurde eine lange, dicke Nadel durch die Wadenmusculatur hindurchgesteckt, ohne dass derselbe irgend etwas von diesem Experimente verspürte. Dies stimmt auffallend mit den Befunden von Steudener, Durand-Fardel und Tschiriew überein, die eben eine zellige Degeneration der Hinterhörner des Rückenmarkes fanden, wodurch diese Symptome, die an unserem Patienten beobachtet wurden, ihre vollkommene Erklärung finden.

III. Die Temperaturmessungen, welche ich an verschiedenen Körperstellen zu verschiedenen Tageszeiten gemacht, ergaben immer eine Differenz von 1° C., und zwar war die Hauttemperatur an der anästhetischen Stelle der rechten Patella immer um

1° C. niedriger als an irgend einer anderen Körperstelle. Dies findet seine Erklärung darin, dass wir nur Narben vor uns haben, in welchen die Circulation des Blutes nicht so geregelt ist, wie an anderen normalen Körperstellen.

IV. Ist es die Ulceration am Ellbogengelenke, wodurch unsere Lepra besonders erwähnt zu werden verdient. Diese Ulceration ist ein in Zerfall übergegangener Knoten, der seinen Sitz in der Haut und zwar in der Nähe des Ellbogengelenkes hatte. Diese Ulceration ging sodann in die Tiefe und stellt ein, wie schon früher bemerkt, bis an das Gelenk dringendes Geschwür dar. Gerade das Ellbogen- und das Kniegelenk sind der seltenste Sitz solcher tiefgreifender Ulcerationen. Während wir an unserem Patienten den totalen Mangel von Phalangen an Fingern und Zehen beobachten, was bei Lepra immer der Fall ist (Lepra mutilans), weil gerade dort die Knoten und der Zerfall derselben und Ergriffenwerden der Knochen sehr häufig vorkommen, sind nur sehr wenige Fälle von tiefgreifenden Ulcerationen am Ellbogengelenke bekannt. Ich bin vollkommen überzeugt, dass diese Ulceration, trotzdem der Umfang derselben beim Entlassen des Patienten aus dem Spitale abgenommen hat, im Laufe der Zeit auf die Knochenenden des Gelenkes übergreifen wird, und dass, wie es schon beobachtet worden ist, der ganze Vorderarm abfallen kann.

V. Es sei mir nur noch erlaubt, über die ätiologischen Momente unseres Falles einige Bemerkungen zu machen. Gerade dieser Fall zeigt, wenn es auch nur ein Fall ist, auf wie schwachen Füssen die Theorien über die Aetiologie dieser Krankheit beruhen. Wir haben einen Patienten vor uns, dessen Eltern und Grosseltern gesund waren. Wir sehen, dass er bereits 12 Jahre verheiratet, dass er durch 10 Jahre diese Krankheit besitzt, dass er 3 bis jetzt gesunde Kinder hat, ohne dass eine Spur von Lepra an diesen nachgewiesen worden wäre. Damit ist genug Beweis geliefert, dass an eine Vererbung (Heredität) wenigstens in unserem Falle nicht gedacht werden kann. Allerdings besass Patient ein viertes Kind, welches als Säugling an Variola gestorben ist. Man könnte vielleicht an ein Nichterkennen der Variola von Seite des Patienten sprechen. Aber der Kranke gab eine so sichere Beschreibung über die Blattern seines Kindes ab, dass darüber von

meiner Seite kein Zweifel sein konnte, da speciell damals in Jerusalem eine Variola-Epidemie herrschte. Wir sehen aber auch, dass Patient durch 10 Jahre mit Frau und Kindern zusammenlebte, ohne dass selbe bis jetzt erkrankt sind. Allerdings kann man sich den Schluss nicht erlauben, dass es überhaupt nicht eintreten würde. Aber wie die Sache jetzt steht, kann man mit Gewissheit behaupten, dass in unserem Falle auch von einer Uebertragbarkeit der Krankheit auf die Familienglieder nicht die Rede sein kann.

System der Efflorescenzen und Efflorescenzengruppen (Synantheme) der Haut.

Anhang zu der synoptischen Tabelle des Systems der Hautkrankheiten [1]).

Von

Prof. Heinrich Auspitz

in Wien.

1. Flecken (Maculae), Veränderungen der Farbe oder Consistenz der Haut ohne wesentliche Veränderung des Niveaus:
   a) Hyperämische oder Wallungsflecken (Erytheme):
      mit vorwaltend activer Wallung (arterielle Erytheme),
      mit vorwaltend passiver Wallung (venöse, cyanotische Erytheme),
      mit gleichzeitigen Hämorrhagien (hämorrhagische Erytheme);
   b) durch Austritt von Blutfarbstoff in die Haut entstehende Flecken (Hämatochrosen);
   c) durch Austritt von Blut in Substanz entstehende Flecken (Ecchymosen);
   d) durch Pigmentanomalie entstehende Flecken (Parachromata: album, nigrum, fuscum etc.);
   e) die Glanz- oder Glatthaut (Liodermie);
   f) die Dürrhaut (Xerodermie);
   g) die Starrhaut (Sklerema oder Sklerodermie).
2. Knötchen (Papulae), Erhebungen der Haut über das Niveau, welche keine freie, d. h. keine zwischen den Stachelzellen der Epidermis angesammelte Flüssigkeit enthalten:
   a) entzündliche Knötchen,

[1]) II. und III. Heft dieses Jahrganges.

b) Knötchen, welche durch Anhäufung des Epidermis-Stratums der Haarbalgmündungen entstehen und nicht in Bläschen und Pusteln übergehen (Lichen),

c) Knötchen, welche durch Aufrichtung der Haar- (Lanugo-) bälge entstehen (Gänsehaut, Prurigoknötchen).

3. Granulationsknötchen (Tubercula), solide Erhebungen über das Niveau in Folge von Granulation in der Lederhaut.
4. Quaddeln (Urticariaknötchen, Pomphi), solide Erhebungen über das Niveau, welche durch ödematöse Schwellung in Folge angioneurotischer Reizung zu Stande kommen.
5. Bläschen und Blasen (Vesiculae et Vesicae seu Bullae), Erhebungen über das Niveau mit frei angesammeltem serösem, d. h. wenig Eiterkörperchen enthaltendem Fluidum:
   a) entzündliche Bläschen und Blasen. Als Synanthemform gehört zu ihnen der „Herpes", gruppenförmig auftretende Bildung von entzündlichen Bläschen mit acutem und cyklischem Verlaufe,
   b) akantholythische (pemphigoide) Bläschen und Blasenbildungen.
6. Pusteln (Pustulae), Erhebungen über das Niveau mit frei angesammeltem, eitrigem Inhalt. Ist venöse Stauung in der Basis und Umgebung der Pusteln vorwaltend, so heissen sie „Ecthymapusteln".

Die sogenannten secundären Efflorescenzen und secundären Krankheitsprodukte auf der Haut: Schuppen, Krusten, Borken, Erosionen, Schrunden und Geschwüre, Narben, sind zur Einreihung unter die Efflorescenzen und Synantheme, insoweit dieselben als morphologische und anatomische Grundformen der Hautkrankheiten zu betrachten sind, nicht geeignet. Andererseits sind alle jene Veränderungen an der Haut, welche sich als Combinationen verschiedener der oben angeführten Grundformen mit einander herausstellen, nicht hier, sondern als Krankheits-Individuen selbst aufgeführt.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

1. **Robinson.** Vorläufige Notiz über die Art der Endigung des Nerven, welcher in das Tastkörperchen eintritt. (Arch. of Dermat. pag. 53, Jan. 1880).
2. **Ranvier.** Ueber die Structur der Schweissdrüsen. (Gaz. médicale 17. Jan. 1880.)
3. **Lassar.** Ueber Fettresorption durch die Haut. (Verh. der Berl. phys. Ges., Sitz. v. 15. Oct. 1880.)
4. **Lenoir.** Beitrag zur Kenntniss der Pustel- und Bläschenbildung an der Haut und den Schleimhäuten.. (Arch. de physiologie pag. 307, 1880.)
5. **Unna.** Woraus besteht der schwarze Punkt der Comedonen? (Virchow's Archiv Bd. LXXXII. Heft 1. 1880.)
6. **Krause.** Ultramarin in den Talgdrüsen. (Ctrlbl. d. med. Wiss. Nr. 47, 1880.)
7. **Morris.** Geschichte und therapeutischer Werth des Arseniks bei Hautkrankheiten. (Vortrag, gehalten in der Medical society of London. Lancet, 5. April 1880.)

Robinson hat (1) in vier Präparaten den Nerven nach zickzackförmiger Durchsetzung des Tastkörperchens in die Stachelschicht verfolgen können, wo er sich unter Theilung verschmächtigte und in den unteren Reihen der Stachelzellen frei endigte. Unna.

Ranvier (2) gibt in einer kurzen Note die neuen Resultate seiner Untersuchungen über die Schweissdrüsen summarisch an:

Die Zellen des Knäuels zeigen körnige Streifen, ähnlich den Epithelien der gewundenen Haarkanälchen und wahre Fetttröpfchen. In gewissen Fällen zeigen sie auf ihrer freien Oberfläche Tröpfchen von colloider Masse. Zwischen ihnen verzweigen sich feine Kanälchen bis zur

Membr. propria, die mit der centralen Lichtung communiciren. Direct diesen Epithelien auf sitzt die **Muskelschicht** der Drüse, welche aus nach aussen abgeplatteten und mit der Membrana propria innig zusammenhängenden, nach innen Kern und Protoplasma tragenden, getrennt liegenden platten Muskelzellen besteht. Diese bilden sich mit aller Bestimmtheit aus dem äusseren Keimblatt wie die Drüsenepithelien. Der Schweissdrüsenkanal entsteht im ursprünglichen Epithelzapfen, indem die Cuticula etwas oberhalb seines unteren Endes erscheint und nach oben hin sich fortbildet. Die Verhornung schreitet rascher in demselben fort als in der Oberhaut selbst. Die Hornsubstanz der Cuticula unterscheidet sich von der Hornschicht und nähert sich der der inneren Wurzelscheide des Haares. Die schwarze Osmiumfärbung der Hornschicht wird durch eine Fettimprägnation derselben bewirkt, da Behandlung mit absolutem Alkohol sowohl erstere als letztere aufhebt. Das Fett stammt theils aus den Talg-, theils aus den Schweissdrüsen.

Die Tragweite dieser histologischen Thatsachen für die ganze Theorie der Schweisssecretion liegt auf der Hand. Ein eigenes demnächst erscheinendes Werk über die Structur der Haut von demselben Verfasser wird ihre detaillirte Begründung bringen. **Unna.**

Lassar legte (3) der physiologischen Gesellschaft in Berlin **mikroskopische Präparate von frischer Kaninchen-Niere und -Leber vor, deren Interstitien und Epithelien von unzähligen Oeltröpfchen und Tropfen der verschiedensten Grösse angefüllt und imprägnirt waren.** Der Gewebssaft sowohl und das Leberparenchym, wie das Lumen der Harnkanälchen und der intracapsuläre Raum der Glomeruli enthielten diese Tröpfchen in so reichlicher Menge, dass sich auf jeder beliebigen Stelle der Präparate das Gesichtsfeld davon bedeckt zeigte. Diese massenhafte Oelinfiltration der Gewebe war dadurch zu Wege gebracht, dass über den Körper enthaarter Kaninchen während eines Zeitraumes von 30 bis 72 Stunden dreimal täglich sehr beträchtliche Quantitäten gewöhnlichen Rüböls wiederholt ausgegossen waren. Für drei Kaninchen wurden im Ganzen zwei Liter Oel verbraucht. Lediglich in dieser grossen Menge des auf eine möglichst ausgedehnte Hautfläche — zur principiellen Prüfung der Frage, ob die intacte Haut der Kaninchen Oel resorbire oder nicht — in Verwendung genommenen Rüböls liegt

der Grund, weshalb die schon früher (Virch.'s Arch., Bd. LXXVII, und diese Vierteljahrsch. S. 611, 1879) bekannt gegebenen Versuche des Vortragenden in der Lage waren, die negativen Versuchsergebnisse anderer Untersucher in befriedigender Weise zu ergänzen, und Angesichts dieser Thatsache der stattgehabten Oelresorption kommt für alle auf entgegengesetzten Annahmen sich aufbauende Schlussfolgerungen die Basis in Wegfall.

Lenoir schickt einer Arbeit über Efflorescenzenbildung (4) eine sehr gute Uebersicht der bisherigen Literatur des Gegenstandes voraus, die besonders durch die ausführlichen Referate der Angaben Cornil's für uns Interesse bietet. (In einem merkwürdigen Contrast zu der höchst anerkennenswerthen Berücksichtigung der deutschen Literatur stehen nebenbei die mit grosser Constanz wiederkehrenden Druckfehler deutscher Citate, wie: Weigert's „kernlische" Schollen, Ebstein's „Fäscher", „Kenrbänder" des Ref. u. s. f., irrelevant für den deutschen, nicht für den französischen Leser.) L. hat die Bläschen- und Pustelbildung hauptsächlich an der Variolapustel, weiter aber auch an der Vaccinepustel, an dem Exanthema syphiliticum varioliforme, am impetiginösen Eczem, dem Ecthyma infantile und endlich den Plaques muqueuses vésiculeuses studirt und der Hauptsache nach überall gleichartig gefunden. Die Grundveränderung beruht nach ihm in dem Auftreten einer perinucleären, hellen Zone innerhalb der Stachelzellen, welche ja nicht mit Ranvier's Bläschenumwandlung des Kernes zu verwechseln ist. Indem der helle, unfärbbare Hof um den Kern sich stark vergrössert, verschwindet die protoplasmatische Randzone mehr und mehr, und die einzelnen Zellen nehmen das Ansehen dünnhäutiger Blasen, der ganze Herd das eines vegetabilischen Zellencomplexes an. Mit dem Ref., im schroffen Gegensatze zu Weigert, betont L. das Erhaltenbleiben des Kernes, ja die Proliferationsfähigkeit desselben und läugnet eine primäre Nekrobiose der Stachelzellen ganz und gar. Die Angabe des Ref., dass die Schwellung und spätere Nekrobiose im Strat. lucidum stattfinden, bezeichnet L. als einen „Irrthum, hervorgerufen durch die hauptsächliche Beschäftigung mit den Pocken des Handtellers und der Fusssohle." So bei der Besprechung der Variolapustel. Bei dem pockenähnlichen Syphilid und den bläschenförmigen Schleimpapeln dagegen kann der Verf. nicht umhin, den Herd der Veränderung selbst mit einiger

Verwunderung in die Körner- und basale Hornschicht reichen zu lassen. Die Sache erklärt sich einfach so, dass L. hier Efflorescenzen des Rückens und der grossen Labien untersuchte, d. h. Hautstellen mit dickerer Hornschicht, die der Planta pedis nicht so fernstehen. Hätte er doch diese auch der Untersuchung für werth erachtet! Er würde dann, was dem Ref. schon lange klar geworden, gefunden haben, dass die ganze Frage auch topographisch studirt werden müsse. Die topographischen Angaben sind überhaupt das einzig Lückenhafte in der sonst überaus gründlichen Arbeit. In Bezug auf die Dellenbildung schliesst sich L. so ziemlich sämmtlichen Ansichten von Auspitz und Basch bis Weigert an, indem er sie für verschiedene Fälle alle berechtigt erklärt. Die Höhlenbildung durch Zerreissen der Scheidewände zuerst der einzelnen Zellen, dann der comprimirten Zellstränge und den Inhalt der Höhlen beschreibt L. in der bisher üblichen Weise. In Bezug auf den späteren Eiterinhalt spricht er sich reservirt aus; für die untere Stachelschicht scheint ihm die Eiterinvasion aus der Cutis zweifellos; da er aber andrerseits auch eine epitheliale Kern- und Zellenproliferation constatirt, wäre er geneigt, hiervon die kleinen „Abscesse" der Körner- und Hornschicht abhängig zu machen, wenn er nicht hier auch rothe Blutkörperchen gefunden hätte — ein allerdings bedeutsames Factum. Ueber das Verhältniss dieser letzteren „Abscesse" zu der vom Ref. beschriebenen nucleären Degeneration der Hornzellen spricht sich L. nicht aus; dem Ref. ist die Identität beider Processe unzweifelhaft. Der ganze Process wird schliesslich als eine fibrinoide Degeneration der Epithelien nach Ausschluss anderer Degenerationen hingestellt. Unna.

Unna war, längst bevor er sich durch die mikroskopische Untersuchung der Comedonen (5) ein Urtheil über die sog. Schmutztheilchen bilden konnte, bei der einfachen klinischen Untersuchung zur Ansicht gelangt, dass die hergebrachte Meinung irrthümlich sein musste, besonders seit durch die mechanische Behandlung der Acne der Arzt weit mehr in der Lage ist, wie früher, Comedonen unter seinen Augen entstehen zu sehen. Man entdeckt bei dieser Behandlungsweise viele Comedonen erst während des Abschabens unter der ungefärbten Hornschicht. Man kann auch leicht beobachten, dass gewisse Medicationen von grossem Einflusse auf die Entstehung der schwarzen Punkte sind, wie vor Allem die vielgebrauchten Schwefel-

mittel. Wenn dagegen die Schwarzfärbung wirklich vom Schmutze herrührte, so würden die schwarzen Comedonen das Vorrecht gewisser Berufsclassen, der Kohlenarbeiter, Schornsteinfeger und Canalräumer sein, was jedoch nicht der Fall ist, da die Häufigkeit dieses Uebels gerade unter den wohlsituirtesten, etwas chlorotischen jungen Mädchen allseitig bekannt ist. Auch konnte U. niemals finden, dass die Acne des Gesichts eher zur Schwarzfärbung der Comedonen Anlass geben würde, als die der Brust und des Rückens. Schliesslich lehrt die klinische Beobachtung, dass die Schwarzfärbung an alten Comedonen nicht nur an der Oberfläche haftet, sondern immer wieder in die Tiefe kriecht, und dass die grösste Reinlichkeit, das peinlichste Fernhalten von Schmutz die Schwarzfärbung in keiner Weise hindert und dass nur ein sehr häufiges Waschen mit scharfen Seifen, welche die Hornschicht in beständiger stärkerer Abschilferung erhalten, dieselbe zu beschränken vermag.

Aber abgesehen von allen diesen Erwägungen hat bisher noch Niemand wirklich Schmutz- oder Staubtheilchen an diesem Orte nachweisen können; es herrscht vielmehr über denjenigen Bestandtheil, welcher die schwarze Färbung bedingt, völlige Unklarheit. Dass ausser einer diffusen Färbung der Comedonenspitze pigmentirte Körperchen vorkommen, konnte unmöglich einem Untersucher auch bei der primitivsten Methode entgehen. Es fehlte jedoch bisher jede eingehende Untersuchung, um festzustellen, ob es sich um Pigmentkörner, um Pigmentzellen, um diffus pigmentirte Hornzellen oder um die bekannten Bestandtheile des allgegenwärtigen Schmutzes handelt.

Unna hat nun bei vielen hunderten mikroskopisch und mikrochemisch untersuchten Mitessern nicht in einem einzigen Falle jene universellen Schmutzbestandtheile auffinden können, auf die zu stossen er gefasst sein musste; er war daher gezwungen, bezüglich des Pigmentgehaltes der Comedonen zwischen zwei Dingen zu unterscheiden, nämlich zwischen der diffusen Pigmentirung der Hornzellen und freien Pigmentkörnern.

Die diffuse Pigmentirung ist in ihrer Vertheilung und Nüancirung sehr geringen Schwankungen unterworfen und nimmt regelmässig die obersten Hornlagen, den sogenannten Kopf des Comedo ein. Die Skala der Farben gelb, braun bis braunschwarz erinnert sehr an die entsprechenden Färbungen der blonden, braunen und schwarzen Haare, so weit dieselben von dem diffusen, nicht körnigen Pigmente derselben

herrühren. Im Gegensatze zu diesem diffusen Pigmente bietet das körnige eine grosse Verschiedenheit dar in der Anzahl, Farbe und Grösse der Körner, die sich meistens im obersten Theile des Comedokornes aufhalten, also dicht unterhalb des nur aus Hornzellen bestehenden Kopfes. Das Mikroskop weist also an denjenigen Stellen, welche makroskopisch ganz allein die jeweilige Färbung des Comedo bestimmen können, nur diffus pigmentirte Hornzellen nach, während die Pigmentkörner, deren Beziehung zum Schmutz eventuell in Frage kommen kann, in den Comedo eingeschlossen sind und nicht den allergeringsten Einfluss auf die mit blossem Auge sichtbare Färbung besitzen.

Der Farbe nach trennen sich die Körner in drei Gruppen: schwarze, braune und blaue. Eine genaue Feststellung der in Betracht kommenden chemischen Verbindungen, wenigstens der schwarzen und braunen Körner, dürfte für den physiologischen Chemiker grossen Schwierigkeiten unterliegen. So viel ist nach den Versuchen Unna's gewiss, dass die Färbung eines Comedo augenblicklich verschwindet, wenn man ihn in Königswasser zum Kochen erhitzt, während in Alkalien alles Pigment ungelöst und unverändert bleibt und eine Menge kleiner Pigmentkörner darin überhaupt erst sichtbar wird. Leichter sind nach U. die blauen Körner zu definiren, denn die Auswahl der möglichen chemischen Verbindungen ist hier relativ sehr klein. U. hat deshalb den Versuch gemacht, diese blauen Körner mikrochemisch zu bestimmen und gelangte so zu der Annahme, dass es sich bei den blauen Körperchen entweder um Ultramarin selbst oder wenigstens um einen dem Ultramarin sehr ähnlichen Körper handelt, der in den meisten wesentlichen Eigenschaften mit ihm übereinstimmt und dass die diffusen Pigmente in ihrer Zusammensetzung den blauen Körnern einerseits, dem diffusen Haarpigmente andererseits nicht ferne stehen. U. scheint es, als ob in der so lange Zeit als Schmutz registrirten diffusen Gelb-, Braun- und Schwarzfärbung nichts anderes zu finden sei, als in der Bräunung und Schwärzung, die wir in der diffusen Färbung der Haarzellen, an den Hörnern der Thiere, an den Hufen und Klauen, an den Nägeln bei gewissen chronischen Krankheiten, in der Hornschicht bei Keratosis simplex und hochgradig bei Keratosis nigra antreffen.

Entsprechend diesen Ausführungen hat Unna bezüglich der Therapie die directe und chemische Inangriffnahme der Comedonen durch

Säuren, die das Pigment zu lösen im Stande sind, verfolgt und auf diese Weise Resultate erlangt, die ihn mehr als jede andere Methode befriedigten. Er verordnet:

ꝶ Kaolini (Bol. alb.) pp. IV.
Glycerini . . . . pp. III.
Aceti . . . . . pp. II.

mit oder ohne Zusatz von etwas ätherischem Oel. Die Salbe wird Abends, wenn möglich auch tagsüber eingerieben. Die Augen müssen während des Einreibens geschlossen werden. In Bezug auf die schwarzen Köpfe erreicht man dasselbe Resultat durch länger fortgesetztes Einpinseln von Essig, Aufstreichen von Citronensaft oder durch Bepinseln mit verdünnter Salzsäure. Die bekannten schwefel-, blei- und quecksilberhältigen Mittel sind mit dieser Behandlungsweise ganz gut vereinbar, ausgeschlossen dagegen alle alkalischen Mittel, auch die Zeissl'sche Schwefelpasta mit Kali carbonicum. Die Säure verdient jedoch nach U.'s Meinung den Vorzug, weil ihre Wirkung auf zwei Hauptmomente zurückzuführen sei, da sie 1. direct kosmetisch wirkt, indem sie die schwarze Färbung in braun und gelb verwandelt und allmälig zerstört und da sie 2. eine stärkere Abschuppung der Hornschicht erzeugt, welche die Comedonen lockert und die Drüsenmündungen freilegt. Schiff.

Krause knüpft an die obigen Untersuchungen von Unna die Mittheilung (6), dass auch er blaue, eckige Körperchen (Ultramarin) in Comedonen gefunden habe, leitet dieselben jedoch von dem Gebrauch bläulich gefärbter Leinen-Wäsche her, zwischen deren Fasern man regelmässig solche blaue Körnchen finde. Auch habe er in den Comedonenpfröpfchen zuweilen einzelne Leinenfasern unter dem Mikroskope nachweisen können. (Die Bedenken, welche Unna gegen die Herkunft aller Pigmentarten im Comedo von aussen vorbringt, gelten auch für die ultramarinblauen Körperchen und scheinen durch den gelegentlichen Fund von Leinenfasern im Comedo doch nicht beseitigt. A.)

Den ersten Hinweis auf die therapeut. Wirksamkeit des Arseniks bei Hautkrankheiten verdanken wir nach Morris (7) Dr. Girdlestone von Yarmouth (1806), worauf derselbe alsbald in England und Frankreich (hier besonders durch Biett und Cazenave) allgemeine Aufnahme fand, weniger in Deutschland, wo Hebra ihn noch jetzt „but slightly"

anwenden soll. (Factisch wird wohl in Deutschland von den praktischen Aerzten ebensoviel Arsenik verschrieben wie in England und Frankreich; es ist offenbar bequemer als eine Localbehandlung durchzuführen, doch wer mit dieser vertraut ist, wird ihn im Allgemeinen als ultimum refugium betrachten. Dass speciell Hebra in solchen Fällen nicht gerade kleine Arsenikkuren erfolgreich anwandte, kann Jeder in seinem Lehrbuch lesen. Anm. des Ref.) Die Wirkung des Arseniks führt Morris auf die Verminderung der Oxydation in den Geweben und der absoluten Zahl der rothen Blutkörperchen zurück. Der Arsen hat sich ihm in vielen, nicht allen Fällen von Psoriasis, bei Lichen planus, Pemphigus und Urticaria chronica bewährt. M. will ihn stets allein ohne Adjuvantien, selbst ohne Eisen gegeben wissen. (Mit Rücksicht auf die Lang'sche Auffassung der Psoriasis wäre es übrigens an der Zeit zu prüfen, ob hier die Wirksamkeit des Arseniks nicht vielleicht ganz auf dessen parasiticide Eigenschaften zurückzuführen sei. Dies muss sich durch die Gegenprobe der rein localen Arsenbehandlung der Entscheidung näher bringen lassen, dieselbe ist für die ambulatorische Behandlung allerdings sehr ungeeignet und besser in einem Hospital durchzuführen; bemerken will ich übrigens, dass ich eine sehr alte Psoriasis gyrata unter Kali arsenicosi 1: Vaselin 30, einer nicht ätzenden Salbe, rasch abheilen sah. Anm. d. Ref.) Unna.

8. **Remy**. Histologische Beschreibung der Haut eines scharlachkranken Kindes. (Soc. anat. de Paris. Sitzung v. 9. April 1880. — Progr. med., Nr. 47, 1880.)
9. **Airy**. Scarlatina und Milch. (The Sanit. Record. Febr. 1880.)
10. **Burkhardt-Merian**. Ueber Scharlach in seinen Beziehungen zum Gehörorgan. (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Nr. 128, 1880.)
11. **Stern**. Ueber Impfergebnisse mit Thymollymphe. (Bresl. ärztl. Zeitschr. Nr. 17, 1880.)
12. **Hemming**. Rötheln, Rubeola oder German measles. (Edinb. med. Journ. p. 52, Juli 1880.)

Remy hatte Gelegenheit (8), die Haut eines in der Eruptionsperiode an Scharlach gestorbenen Kindes von einem Jahre zu untersuchen. Das Resultat war: Blutcongestion und Erweiterung der Haut-

capillaren in der Papillarschicht, Anfüllung derselben mit weissen Blutkörperchen. Die Erweiterung der Capillaren ist eine gleichmässige und allgemeine, während sie sich nach R. bei Masern auf kleine Capillarbezirke beschränken soll. Alle kleinen Gefässe fand R. gefüllt mit Fibrincoagulis. Die weissen Blutkörperchen sind sehr vermehrt, von verschiedener Grösse, aber kleiner als jene bei Leukämie. Solche Vermehrung und Anhäufung der weissen Blutkörperchen hat R. übrigens auch an der Haut eines Morbillösen in den Blutgefässen der Papillarschicht nachweisen können. Die Blutgefässwände fand R. nicht verändert, in der Umgebung keine Zellenanhäufungen. Die Epidermis ist etwas verdickt, durch Vermehrung der Cylinderzellenschicht, aber ohne sonstige Veränderungen in den Zellen. Die Hornschicht bei Scharlach nicht verändert, bei Morbillen dagegen in Schuppen und kleienförmige Lagen zerlegt. Talgdrüsen und Haare nicht verändert, die Schweissdrüsen leer, zusammengefallen, ihre amorphe Hülle gefaltet, die Epithelzellen unregelmässig gestaltet und zusammengefallen.

In Fallowfield, einer Ortschaft bei Manchester, brach nach Airy's Bericht (9), im Sommer 1879 eine Scharlachepidemie aus, welche im Ganzen 35 Personen in 18 Familien betraf; von diesen 35 Personen erkrankten nicht weniger als 24 innerhalb eines Zeitraumes von 36 Stunden. Der letzterwähnte Umstand deutete auf eine gemeinsame Infectionsquelle hin und der Verdacht fiel auf die Milch. Die Untersuchung ergab nun mit voller Sicherheit, dass jede einzelne der erkrankten Familien ihren Milchvorrath aus einer und derselben Quelle erhielt, während benachbarte Familien, welche ihre Milch von anderer Seite her bezogen, von der Krankheit vollständig verschont blieben. Weitere Nachforschungen stellten fest, dass in der zuerst erwähnten Meierei ein Individuum mit dem Melken der Kühe beschäftigt war, das mit einem im Stadium der Desquamation stehenden scharlachkranken Kind zusammenwohnte. Dieses Individuum scheint nun das Contagium auf und in die Milch übertragen zu haben. Diese Vermuthung findet ihre Bestätigung in dem Gange, den die Erkrankung der Ablieferung der inficirten Milch entsprechend eingehalten hat.

Nach Burkhardt-Merian (10) beruhen die schweren Formen von Mittelohraffection bei Scharlach auf einer von dem primären Processe des Rachens fortgeleiteten croupös-diphtheritischen Entzündung

der Mittelohrschleimhaut. Von den 85 vom Verf. beobachteten Fällen büssten 18 an einem oder an beiden Ohren ihr Hörvermögen ein, 3 wurden taubstumm. Die Prognose ist eine um so ungünstigere, je länger der Process unbehandelt sich selbst überlassen bleibt. Therapeutisch sucht Verf. vor allem das Uebergreifen des diphtheritischen Processes auf die Tuba dadurch zu verhüten, dass er die Plaques anfangs zweimal täglich, später einmal mit 10 % Salicylspiritus cauterisirt. Ein zweites prophylaktisches Mittel ist nach Verf. die Nasendouche. Er benützt dazu einen Esmarch'schen Irrigator mit einem 2′ langen Gummischlauch; als Spülflüssigkeit anfangs eine $^3/_4$ % Kochsalzlösung, der er später auf einen Liter 2—3 Esslöffel von dem 10 % Salicylspiritus beimischt. Die Douche wird gewöhnlich nur pro die angewendet. Wird trotz der prophylaktischen Behandlung das innere Ohr ergriffen, so wird Jodtinctur oder Jodoform als Salbe in einem etwa drei Finger breiten Kreise um die Ohrmuschel eingerieben. Beim Weiterschreiten des Processes muss man Luft in die Paukenhöhle eintreiben, und wenn das Trommelfell stark injicirt und nach aussen vorgebaucht, also auf eine massenhafte Ansammlung von Secret in der Paukenhöhle zu schliessen ist, die Paracentese des Trommelfelles vorgenommen werden.

Stern berichtet (**11**) über Impfversuche, die nach dem Vorgange von Köhler und Kobert mit der Mischung humanisirter Vaccinelymphe mit $1^0/_{00}$ wässeriger Thymollösung im k. Impfinstitute zu Breslau angestellt wurden.

Von 27 im Jahre 1879 im Impfinstitut mit Thymollymphe ausgeführten Erstimpfungen waren 23 von Erfolg, 4 erfolglos (d. i. 14·8 % Fehlimpfungen). Bei den 23 erfolgreichen Impfungen wurden 1—9, im Durchschnitt 5 Pusteln erzielt. Von wesentlichstem Einfluss auf den Impferfolg war das Alter der Lymphe. Es scheint das Lymphgemisch einige Monate lang seine volle Wirksamkeit zu bewahren, da ganz frische, sowie 1—4 Monate lang conservirte Thymollymphe gleich gute Erfolge erzielte. Von 20 Impfungen mit frisch gemischter oder bis 110 Tage alter thymolisirter Lymphe waren 18 von Erfolg, 2 (= 10 %) schlugen fehl, während von 4 mit nahezu 5 Monate alter Lymphe gemachten Impfungen die Hälfte erfolglos war.

Ueber den Erfolg der Revaccinationen mit Thymollymphe konnten nur sehr spärliche Erfahrungen gesammelt werden. 6 jugend-

liche Strafgefangene wurden revaccinirt, davon nur 2 mit Erfolg mit je 2 resp. 3 Pusteln.

Zum Versandt wurde das Thymollymphgemisch vielfach verwendet. An 88 Medicinalpersonen wurden im Laufe des vorigen Jahres 105 Capillaren Thymollymphe versendet.

Von den Erstimpfungen hatten guten Erfolg 30 = 46%, theilweisen Erfolg 6 = 9%, verkümmerte Pusteln 2 = 3%, negativen Erfolg 27 = 41%, in summa 65.

Die Mehrzahl der Empfänger hatte also Erfolge mit dem Lymphgemisch zu verzeichnen; fast die Hälfte meldete „guten“, „sehr guten“, „besten“, „totalen Erfolg“. Viel geringer war die Zahl derer, die nur bei einem Theil der Geimpften Erfolg erzielten. Einige berichteten, die producirten Pusteln seien etwas kleiner als die gewöhnlichen gewesen; doch haben sie sich überall zur Fortpflanzung des Impfstoffs vortrefflich geeignet. Locale entzündliche Reaction höheren Grades, Erysipele oder Phlegmonen werden von keinem Beobachter gemeldet. Die Aufbewahrungsdauer war auch bei der versandten Lymphe für deren Wirksamkeit von wesentlichem Einfluss.

Es hatten von 20 Sendungen ganz frischen Impfstoffs 15 guten Erfolg, während von 21 Portionen nur wenige Tage alten Lymphgemisches nur etwas mehr als die Hälfte (11) von Erfolg war (8 vollständig, 3 unvollständig). Einige Wochen bis 3 Monate alter Stoff lieferte nur zur Hälfte Erfolg, und zwar bei einem Drittel der Empfänger guten Erfolg; während von 12 Collegen, die ein über 4 Monate altes Lymphgemisch verimpft hatten, nur 3 guten, 1 theilweisen Erfolg zu melden hatte.

Für Revaccinationen kam bedauerlicher Weise ein meist schon geraume Zeit conservirtes Lymphgemisch zur Versendung, was darin seinen Grund hatte, dass die meisten Nachfragen nach Thymollymphe für Wiederimpfungen im November seitens der Militärärzte behufs Revaccination der Rekruten erfolgten. Da in dieser Zeit die Frequenz des Instituts eine nur sehr geringe war, konnte meist nur Stoff abgegeben werden, der vom Sommer her in Verwahrung gehalten wurde, also meist 2—5 Monate alt war. So begreifen sich die ziemlich unbefriedigenden Berichte über die Revaccinationen. Von den 17 Empfängern meldeten nämlich 5 guten, 3 theilweisen Erfolg, 2 verkümmerte Pusteln, 7 keinen Erfolg.

Aus diesen Impfversuchen lässt sich etwa Folgendes resumiren:

1. Die Mischung humanisirter Vaccinelymphe mit gleichen Theilen oder der doppelten Menge 1‰ wässeriger Thymollösung ist wohl geeignet, brauchbaren Impfstoff für Erstimpfungen zu geben, namentlich wenn sie frisch zur Verwendung kommt.

2. Das Lymphgemisch scheint die ersten Tage und Wochen gut wirksam zu bleiben, nach ca. 3 Monaten aber an Impfkraft zu verlieren.

3. Die erzeugten Impfpusteln zeigen alle Charakteristica echter Vaccinepusteln und eignen sich sehr wohl zur Fortpflanzung des Impfstoffs.

4. Die locale Reaction ist hierbei auffallend mässig.

5. Für die Revaccinationen scheint sie weniger geeignet zu sein, namentlich für die Wiederimpfung der Rekruten im November nicht zu passen.

Hemming gibt (12) eine Zusammenstellung aller differentialdiagnostischen Momente zwischen Rötheln einerseits, Masern und Scharlach andererseits, aus denen er die volle Selbstständigkeit der ersteren Affection folgert. Die Eruption besteht aus runden, etwas erhabenen, im Centrum am meisten hervorragenden und am tiefsten gerötheten Flecken, die fast zu gleicher Zeit am ganzen Körper erscheinen und durch Confluenz grosse Strecken desselben bedecken können. Je schwerer der Fall, desto grösser und tiefer gefärbt sind die Flecken. Die Zunge ist zuerst schmutzig belegt, dann himbeerfarben und zuletzt glatt ohne hervorragende Papillen. Die Desquamation ist zart, kleienförmig und beginnt regelmässig im Centrum der Flecken, nach deren Rande fortschreitend. Das Fieber ist weniger hoch als im Scharlach und ohne rapiden Abfall, wie bei den Masern. Die Rötheln pflanzen sich als eigene Krankheit fort und schützen weder vor Masern und Scharlach, noch umgekehrt. Unna.

13. **Silbermann.** Zur Kenntniss der Erytheme im Kindesalter. (Arch. für Kinderheilk. I. 1. p. 278. 1880.)

14. **Goltz.** Ueber eine eigenthümliche Form von Erythem. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17, 1880.)

15. **Finny.** Ueber einige locale Eczemformen. (Dublin Journal of med. science. Oct. 1880.)

16. **Unna.** Der Salbenmullverband. Ein Beitrag zur Behandlung des Eczems. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 35, 1880.)
17. **Amidon.** Pathologische Veränderungen der Haut in einem Falle von tödtlicher Gesichtsrose. (Arch. of Dermat. April 1880.)
18. **Cavafy.** Urticaria pigmentosa. (Lancet 8. Mai 1880.)

Silbermann sucht das häufige Auftreten von Erythemen bei Neugebornen (**13**) durch folgende Momente zu erklären: 1. das Aufhören des Uterusdruckes unmittelbar nach der Geburt, wodurch ein vermehrtes Zuströmen des Blutes zu den Hautcapillaren bedingt wird; 2. den Contact der Haut mit der atmosphärischen Luft; 3. das Ueberwiegen des Blutdruckes im linken Herzen und im Aortensystem über den Blutdruck im rechten Herzen, während im Uterus das umgekehrte Verhältniss obwaltet; 4. die Zartheit der Haut; 5. den Widerstand, welchen das zum Herzen zurückströmende Blut zu überwinden hat, der beim neugebornen Kinde deshalb grösser sein muss als in späterer Zeit, weil bei ihm die Muskelactionen als circulationsbeförderndes Moment weniger in Betracht kommen. Hierzu kommt endlich noch die höhere Erregbarkeit des nervösen Apparates im Kindesalter im Allgemeinen, speciell aber die der vasomotorischen Nerven.

Was die Erytheme im Speciellen betrifft — es handelt sich hier nur um die einfachen hyperämischen Erytheme, — so treten sie bei Neugebornen und Säuglingen als Complicationen und Folgeerscheinungen acuter und chronischer Erkrankungen der verschiedensten Art auf. Sie werden entweder über die ganze Körperoberfläche ausgebreitet oder auf einzelne Theile derselben beschränkt bei Bronchitis, Pneumonie, diffuser Peritonitis, Perityphlitis, Parotitis, Gastroenteritis, Croup, Meningitis, sowie bei Pertussis, Intermittens u. a. Krankheiten angetroffen und sind nach Vf. auf die Einwirkung der erhöhten Körpertemperatur auf das vasomotorische Centrum zurückzuführen. Häufig werden nach überstandenen Masern und Scharlach Erytheme beobachtet, deren Entstehung einer durch den Abschuppungsprocess bedingten erhöhten Reizempfänglichkeit der Haut zugeschrieben werden müsse. Zuweilen werden chronische Krankheiten, wie Phthisis, Scrophulose, langdauernde Eiterung, chronischer Darmkatarrh, Syphilis von Erythemen begleitet, in diesen Fällen wirke die durch

den Schwund des Fettpolsters bedingte Entspannung der Haut und die Verminderung des von aussen her auf den Capillaren der Haut lastenden Druckes prädisponirend für das Zustandekommen derselben. Auch für den gesunden Säugling seien die Spannungsverhältnisse der Haut in Bezug auf die Genese der Erytheme von Bedeutung. Zum Schlusse geht Verf. auf die traumatischen und die durch den inneren Gebrauch von Arzneistoffen entstehenden Erytheme ein und theilt einen Fall der letzteren Art mit.

Als Hauptsymptome werden hohes Fieber mit Beschleunigung der Puls- und Athemfrequenz mit stark sedimentirendem Urin, ferner Symptome von Hirnreizung wie Arhythmie des Pulses und Erbrechen, bedeutende Aufregung, schwere Depressionserscheinungen, Gelenksschmerzen, Albuminurie u. A. namentlich Röthungen des weichen Gaumens, des Pharynx und der Tonsillen erwähnt, welche letzteren Infectionskrankheiten vortäuschen können.

Goltz erzählt (14) die Krankengeschichte eines jungen, 30jähr. Diplomaten, welcher in geringem Grade in der Kindheit an Scrofulose gelitten, und eine Neigung zu Rachenerkrankungen seit langer Zeit hatte. Vor ca. einem Jahre will er in Paris an einer Urticaria erkrankt sein, die sich auch auf den Rachen geworfen habe. Dieselbe Art der Hauterkrankung hat sich später in Berlin wiederholt, wobei die Erscheinungen von Seiten des Rachens zu so ernstlichen Besorgnissen Veranlassung gaben, dass beinahe die Tracheotomie nothwendig wurde. Mitte Juli fing Patient an, über geringe Schmerzhaftigkeit beim Schlucken zu klagen. Eine mässige Röthung der Gaumensegel war dabei zu constatiren. Am 20. Juli fand der Verf. das Bild plötzlich dadurch verändert, dass die Gaumensegel und das Zäpfchen durch starke ödematöse Schwellung prall gespannt und vom glasigen Aussehen waren. Der Introitus pharyngis war dadurch fast ganz verschlossen.

Mit einer solchen ödematösen Schwellung des weichen Gaumens hatte nach der Aussage des Patienten auch in den beiden früheren Malen die erwähnte Erkrankung angefangen, der später eine Hauterkrankung gefolgt war. Die Schwellung nahm (bei Betupfen mit Alaun) in den nächsten Tagen ab, während sich plötzlich am 22. Juli eine Anschwellung auf der Extensorenseite der beiden Vorderarme an symmetrischen Stellen einstellte. Die Schwellung hatte eine

Längsausdehnung von circa 8—10 Ctm. und einen Querdurchmesser von etwa der Hälfte, war stark geröthet und juckte nicht. Auf Fingerdruck entstand eine Grube darin und schwand die Röthe. Nach wieder ca. 2 Tagen verging die geröthete Anschwellung, dagegen war jetzt das Scrotum stark ödematös geschwollen und geröthet. Auch hier verging die Schwellung, um in analoger Weise, wie an den Armen, an der anderen Seite der Oberschenkel wieder aufzutreten und zu verschwinden. Nach im Ganzen also circa 8 Tagen war der Krankheitsprocess erloschen. Die Haut der ergriffenen Theile schilfert sich nicht ab. Der ganze Verlauf war ein fieberloser. Die französischen Aerzte hatten diesen Krankheitsprocess mit Urticaire bezeichnet. Es waren dabei jedoch keine Quaddeln zu sehen, auch fehlte jedes Jucken. Nur eine Spannung in der Haut war die subjective Empfindung. Als Erysipel war die Affection nicht anzusprechen, weil jedes Fieber und jede nachfolgende Abschuppung fehlte.

Will man einen anderen Namen, als Dermatitis wählen, so scheint dem Verf. nur der des Erythems, einer oberflächlichen Hautentzündung, angemessen. Eigenthümlich dabei erscheint aber das Uebergreifen des Processes auf die Schleimhaut des Palatum molle. Denn dass jene acut-ödematöse Schwellung des weichen Gaumens Wirkung derselben Krankheitsursache war, wie die darauf folgenden Entzündungen der äusseren Haut, scheint unzweifelhaft, wenn man berücksichtigt, dass die Form der Schleimhauterkrankung vollständig übereinstimmte mit der am Scrotalsack, und dass sich derselbe Process auf Haut und Schleimhaut jetzt schon zum dritten Male wiederholte. Ein zufälliges Neben- oder Nacheinander scheint dadurch ausgeschlossen. Ein Analogon dazu findet sich nach dem Verf. bei den acuten Infectionskrankheiten: Masern, Scharlach, Blattern.

Bemerkenswerth ist der Fall noch dadurch, dass die Schwellung der Schleimhäute sich so hochgradig gestaltete, dass der Racheneingang fast ganz verlegt wurde, und man bei einem früheren Anfall der Art schon an die Tracheotomie gedacht hatte. Sollte eine eventuelle Incision nicht genügen, würde man freilich zur Tracheotomie schreiten müssen.

Was die Therapie anlangt, so hatte Verf. innerlich Natron salicyl. versucht, von der Idee eines Virus im Körper ausgehend. Es konnte dadurch der Verlauf der Erkrankung nicht beeinflusst werden.

In dem bisher erschienenen ersten Abschnitt einer Arbeit über locale Eczemformen veröffentlicht **Finny** (15) seine Erfahrungen über **Eczem der Finger**. Bei dem mit tiefen Fissuren einhergehenden, sehr schmerzhaften Eczem der Endphalangen hat ihm Bestreichen mit einer Auflösung von Guttapercha in Chloroform die besten Dienste geleistet, besser als Gummifinger und Collodium elasticum. In jener Form des Fingereczems, deren Ausbruch körperliche oder geistige Ueberanstrengung verschuldete (? Ref.), wirkt innerer Gebrauch des Phosphors günstig. Im Allgemeinen gehört zur Behandlung jeden Eczems ausser der localen Behandlung eine innere, weiter Regelung der Diät, möglichste Beschränkung des Waschens. **Finny** verbietet alle Seifen, gebraucht statt dessen einen Aufguss von Weizenmehl oder weiches Wasser mit Zusatz von etwas Glycerin und Stärke. Er beschränkt die eiweiss- und zuckerhältige Nahrung zu Gunsten frischer Fische und Vegetabilien. In der inneren Behandlung spielen Mercurialien, abführende Wässer und diuretische Mittel, bei dyspeptischen Symptomen: Säuren, Alkalien oder Bittermittel, bei Nervenschwäche: Phosphor, bei arthritischen Symptomen: Colchicum und Alkalien, bei Scrophulose: Leberthran und Eisen eine bedeutende Rolle. Local werden bei frischen Fällen die weisse Präcipitatsalbe oder Vaselin mit Zinkoleat zu gleichen Theilen, bei stärkerem Jucken mit Zusatz von 10 Tr. Chloroform oder 12 Tr. verdünnter Blausäure zur Unze angewandt. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen. Bei älteren Formen mit Rhagaden ist das Hauptmittel der Kautschukfinger, wenn er vertragen wird, sonst Hebra'sche Salbe oder Ol. picis, saponis, Alcohol āā, oder: Rp. Cold Cream 30,0, Ungt. picis 12,0—18,0, Zinci oxydi, Hydrarg. ammoniat. āā 4,0, Vaselini ad 60,0 f. Ungt. — Gegen die Anwendung der Kalilauge sind nach dem Vf. die Iren zu empfindlich.

Unna.

Von der Ansicht ausgehend, dass es für den Fortschritt der Dermatotherapie unsere erste Aufgabe sein muss, die Technik der Medication so zu verbessern, dass alle äusseren Schädlichkeiten durch die Vollkommenheit unserer Mittel in ähnlicher Weise paralysirt werden, wie beispielsweise durch die antiseptischen Methoden die früheren Gefahren des Wundverlaufes heutzutage grossentheils zu vermeiden sind, kam **Unna** (16) auf den Gedanken, auch in der dermatologischen Praxis ähnliche Principien in Anwendung zu bringen, nämlich

ausser der absoluten Ruhe der Haut und dem Fernhalten der Kleiderreibung auch einen vollkommenen Abschluss der äusseren Luft, am besten — und selbst bei nässendem Eczem — durch Occlusivverbände zu bewerkstelligen. Eine Frucht dieser Ueberlegungen war der Salbenmullverband, den Unna bei vielen Hauterkrankungen, vorzüglich bei den Eczemen des behaarten Kopfes, der Ohren, des Gesichtes und Halses, der männlichen und weiblichen Genitalien, der Unterschenkel und Hände, also bei den Eczemen aller derjenigen beschränkten Localitäten anwendet, die entweder durch Kleidung oder durch Beruf groben Schädigungen ausgesetzt sind, oder die ihrer Form wegen mit gewöhnlichen Zeugen nur ungenügend bedeckt werden können. U. nimmt einfachen, ungestärkten Mull als Grundlage und lässt denselben durch geschmolzene Salbenmassen ziehen, welche in ihrer Zusammensetzung die bewährtesten Salben nachahmen, die bei den verschiedenen Hautkrankheiten in Frage kommen, indem er statt des gebräuchlichen Schweineschmalzes und Olivenöles schwer schmelzende Fette, vor allem den Hammeltalg den different wirkenden Stoffen zusetzt.

Unter diesen Salbengemischen ist die Hebra'sche Salbe vertreten durch ein Gemisch aus Bleipflaster und Talg zu gleichen Theilen, die Wilson'sche Zinkbenzoësalbe durch eine Masse, welche der Wilson'schen Vorschrift genau entspricht, nur dass statt des Schweineschmalzes ebenfalls Talg angewendet wird. Die Quecksilbersalben, nämlich die weisse und rothe Präcipitatsalbe und die graue Salbe finden ein angenehmes und praktisches Constituens in dem Zinkbenzoëtalg (1 : 10). Es versteht sich von selbst, dass die Zahl dieser Salbenmullpräparate sich beliebig je nach den vorliegenden Indicationen vermehren lässt.

Die Anwendung des Materiales richtet sich natürlich nach den gegebenen Fällen. Beim Eczem der Hände und Finger verwendet U. Mullstücke von Handgrösse, welche auf die befallene Fläche der Haut aufgelegt, zwischen den Fingern vorne eingeschnitten und durch Streichen mit der warmen Hand geglättet und aufgeklebt werden. Bei den künstlichen Eczemen wird in den meisten Fällen der Patient seine Arbeit unter dieser Behandlung fortsetzen können. Man kann ein solches Mullstück 24 Stunden, ja zwei Tage und länger fest sitzen lassen; will man es, wie es häufig erwünscht ist, 4 bis 5 Tage an Ort und Stelle belassen, so bestreicht man den Rand und

die umgebende Haut mit Collodium. Bei Eczema ani et scroti ist das nächste eine sorgfältige Reinigung und Trockenlegung nach dem Stuhlgange. Sodann schneidet sich der Patient von dem 20 Ctm. breiten Bleipflaster- oder Zinkbenzoëmull ein je nach der Ausdehnung des Eczems 20—30—40 Ctm. langes Stück ab, legt es sanft auf und streicht es der ganzen Länge der Afterspalte nach so tief wie möglich in dieselbe ein und schlägt den vorderen Theil des Lappens um den Hoden herum. Ist der Penis mitbetheiligt, so wird der Lappen noch 5—10 Ctm. länger genommen, an der Wurzel des Penis ein Querschlitz eingeschnitten, durch welchen derselbe gesteckt und dann vom vorderen Rest des Lappens, den man herunterschlägt, vollständig dicht bedeckt wird. Auf den Salbenmull kommt sodann eine vierfache Leinencompresse von derselben Ausdehnung, welche der Afterspalte jedoch nur anliegt, ohne sie auszufüllen. Sie selbst wird gehalten von einem Suspensorium, welches aus einem leinenen Bauchgurt und einem länglich dreieckigen, umsäumten Stücke Tricot besteht. Der hintere Zipfel dieses Stückes geht über der Afterspalte in ein Gummiband über, welches, mit mehreren Schlitzen versehen, hinten in der Mitte am Bauchgurt angeknöpft wird; an den vorderen beiden Enden sind, den Inguinalfalten entsprechend, ebenfalls zwei Gummibänder befestigt, die in beliebiger Höhe am Bauchgurt angeknöpft werden können. Dicht hinter dem vorderen Rande des Tricotdreieckes ist ein umsäumter Querschlitz zum Durchlassen des Gliedes, falls dieses nicht mitafficirt ist. Dies Suspensorium befriedigt die hier vorliegenden Bedürfnisse: genauen Contact der Salben- und Hautfläche, Befreiung der Beinbewegung von Mitbewegung der Genitalien, sanften, überall gleichmässigen Druck, Vermeidung übermässiger Wärme durch den Verband. Es ist ein Mittelding zwischen gewöhnlicher T-Binde und gewöhnlichem Suspensorium und ähnelt dem Langlebert'schen Verbande, von dem es sich blos durch einen breiteren Tricottheil für After und Damm unterscheidet. In Eczemfällen mit spärlicher Absonderung genügt ein einziger solcher Verband für 24 Stunden. Bei stärker nässenden Eczemen dieser Gegend verbindet man die Anlegung des Salbenmulls am besten mit austrocknenden Streupulvern, unter welchen U. dem Kaolin als besten und billigsten den Vorzug gibt. Freilich werden dann für die ersten Tage zwei bis drei Verbände täglich nothwendig.

Was die subjective Empfindung der Kranken anbelangt, so

fühlen sich diese nach guter Anlegung des Verbandes wie neugeboren und wissen den Unterschied von anderen Behandlungsmethoden deutlich zu präcisiren.

Bei nicht stark nässenden Eczemen (E. papulosum, vesiculosum, squamosum) ist der Wechsel des Verbandes auf ein Minimum reducirt, so dass man eigentlich von einem Occlusivverbande reden möchte, der bei ruhigen Patienten und den geeigneten Regionen oft bis zur Heilung des Eczems liegen bleiben kann.

(Nach den Erfahrungen, die Ref. selbst bei Verwendung des Salbenmulls in der Wiener Poliklinik und in der Privatpraxis gesammelt, muss er die von Unna gemachten Angaben in fast allen Punkten bestätigen, kann aber nicht umhin, auf einen Uebelstand hinzuweisen, dass der Hammeltalg sich als Constituens nicht so bewährt, wie es zu wünschen wäre, da er in der Kälte zu spröde und brüchig, in der Wärme zu flüssig wird, welche Uebelstände sich besonders dort geltend machen, wo es sich darum handelt, Mullstücke in Vorrath zu halten, abgesehen davon, dass die Theergemische in dieser Form nicht das zu leisten scheinen, was von ihnen zu erwarten ist.) Schiff.

Ein von Amidon (17) excidirtes Stück erysipelatöser Haut gehörte der seitlichen Partie des Halses und dem Höhestadium des Erysipels an. Die Epidermis zeigte sich in Abschilferung begriffen, die Epithelien der Haarbälge und Talgdrüsen proliferirend, während die Schweissdrüsen, von jungen Zellen durchsetzt, miliaren Abscessen glichen. Die Epidermis in toto war an gewissen Stellen von dem normalen Papillarkörper abgehoben (Kunstprodukt? Ref.). In der Cutis waren alle Gefässe von Herden von Wanderzellen umgeben, viele thrombosirt, und unter diesen zeigten manche, die dem Sitze nach Petechien entsprachen, Austritte rother Blutkörperchen. Auch das subcutane Gewebe war von Rundzellen infiltrirt, an einer Stelle von 6 Mm. war es sogar zur Nekrose gekommen; die Muskeln (Platysma) zeigten den Anfang amyloider Degeneration, Bacterien wurden nicht gefunden. Unna.

Die von Sangster mit dem Namen Urticaria pigmentosa belegte, von Morrant Baker als Erythema permanens bezeichnete Hautkrankheit ist nach Cavafy (18) sehr selten, bisher fast nur von Engländern beschrieben (10 Fälle), beginnt stets bald nach der Geburt bis

zum 6. Monat bei sonst vollkommener Gesundheit, besteht in gelbröthlichen, hyperämischen, durch bräunliche Pigmentirung ausgezeichneten Flecken, die zuweilen quaddelartig erhoben und meist mit Jucken verbunden sind. Der Verlauf ist ein äusserst chronischer, die Aetiologie unbekannt. Der Fall von C. betrifft einen 15monatlichen Knaben, bei welchem die Affection auf dem Rücken begann und sich allmälig über den Körper ausbreitete, ohne dass die Quaddelbildung und das Jucken je die gewöhnliche Höhe erreichten. Unna.

19. **Tilbury Fox**. Ueber Hydroa, eine klinische Studie. (Arch. of Dermatology p. 16; Jan. 1880.)
20. **Chandelux**. Beobachtungen über die Nervenveränderungen bei Zona. (Arch. de physiol. norm. etc. S. 674, 1879. — Ctrlbl. f. Med. Nr. 36, 1880.)
21. **Stanley Gale**. Herpes gestationis. (Lancet 19. Apr. 1880.)
22. **Grasset**. Symmetrische Gangrän beschränkt auf Nase und Ohren. (Gaz. de Par. 23. p. 293. 1879.)
23. **Maar**. Fälle von Malum perforans pedis. (Hosp.-Tidende 2. R. VII. 1. 5. 1880. — Schmidt's Jahrb. 7, 1880.)
24. **Eichhoff**. Ueber multiple kachektische Hautgangrän. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34, 1880.)

Tilbury Fox stellt sich (19) die äusserst schwierige und in der That, wie Ref. fürchtet, gänzlich misslungene Aufgabe, die Verwirrung zu klären, welche in dem Grenzgebiet zwischen Herpes und Pemphigus von jeher geherrscht hat, und seit Bazin (1860) seine Formen von Hydroa (vésiculeux, vacciniforme, bulleux) aufstellte, in einer überreichlichen Namengebung ihren Ausdruck fand. Fox schliesst sich an Bazin an, verwirft jedoch seine zweite Form gänzlich und modificirt die beiden anderen, so dass schliesslich seine drei Arten der Hydroa lauten: Hydroa simplex, herpetiforme und pruriginosum. Das Exanthem selbst ist charakterisirt durch symmetrisch vertheilte Bläschen oder Blasen, welche in geringerer Anzahl und ungeordnet (H. simplex) oder in herpesartiger Gruppirung (H. herpetiforme) oder über den ganzen Körper zerstreut (H. pruriginosum) sich in acuter Weise aus juckenden, rothen Flecken oder Papeln entwickeln und entweder rasch abtrocknen oder stark juckende und zerkratzte Papeln hinterlassen oder vereitern und

sich mit Krusten bedecken. Wie die äussere Form so sind auch alle anderen Symptome in der angegebenen Reihenfolge bei den drei Formen immer stärker entwickelt, vor allem das Jucken, welches der letzten Form sogar den Namen gibt, dann das Recidiviren der Einzelefflorescenzen, wodurch die pruriginöse Form zu einer ganz chronischen, ominösen Krankheit wird (ein Fall verlief lethal), endlich die Allgemeinerscheinungen, welche sich auch bei der leichtesten Form durch Verdauungsstörungen und Fieber geltend machen. Fox ist geneigt eine permanente Störung im Centralnervensystem, wahrscheinlich im Rückenmarke, als Grundlage der Affection anzunehmen; er macht in dieser Hinsicht besonders auf die nervöse Reizbarkeit oder Schwäche der betreffenden Patienten, das acute Aufschiessen der einzelnen Efflorescenzen und das begleitende heftige Jucken aufmerksam. Ausser der Bekämpfung des letzteren erfordert die Hydroa hauptsächlich eine stark tonisirende Behandlung. Unna.

Bei einer Frau, welche seit mehreren Monaten an Zoster der linken oberen Brustgegend litt, fand sich bei der Autopsie nach Chandelux (20) ausser den gewöhnlichen phthisischen Veränderungen der Lungen eine besonders feste Adhärenz der Lunge an den Seitentheilen der zweiten, dritten und vierten Brustwirbel; die Spinalganglien des zweiten und dritten Brustnerven sind auf das doppelte Volumen vergrössert, dunkelschwarz gefärbt. Das Rückenmark und die hinteren Wurzeln wurden nicht untersucht, nur die Spinalganglien (und die Intercostalnerven, an welchen eine sichere Alteration nicht nachgewiesen werden konnte). Die Vergrösserung der Spinalganglien war bedingt durch eine reichliche Entwickelung narbigen, sklerotischen Bindegewebes, mit reichlich eingestreuten Pigmentkörnern; die Ganglienzellen, sowie die Nervenfasern waren dabei grösstentheils verloren gegangen.

Gale berichtet (21) über zwei Fälle von Herpes gestationis. Die Frauen hatten oft geboren und die eine regelmässig, die andere in den meisten Fällen an einer ausgebreiteten bullösen Affection gelitten, die ein paar Tage vor der Geburt mit rothen Flecken begann und mit bedeutender Aufregung des Nervensystems verbunden war. Cauterisation des Blasengrundes brachte die einzelnen Efflorescenzen und die ganze Affection rasch zum Schwinden, ein Mittel,

welches sich dem Autor in manchen Fällen von Pemphigus recurrens neben allgemeiner, roborirender Behandlung als Heilmittel bewährt hat.

Unna.

Bei einem sehr heruntergekommenen und an Rheumatismus leidenden 32jährigen Manne erschienen nach Grasset (22) bei jedem Rheumatismusanfall an dem oberen Rande der Ohrmuscheln und der Nasenspitze kleine Erhabenheiten, welche zuerst wie Flohstiche aussahen, sich ohne zu jucken ausbreiteten und das Aussehen von Frostbeulen annahmen. Die Haut wurde immer dunkelfärbiger und endlich bildeten sich Krusten, welche sehr oberflächlich sassen und sich leicht abheben liessen (locale Asphyxie). An der Nasenspitze blieb eine vertiefte, weisse Narbe zurück, an den Ohrmuscheln narbige Knötchen. Finger und Zehen blieben frei.

Der Kranke hatte in seinem 22. Lebensjahre an Sumpffieber, später an Rheumatismus gelitten und ein ausschweifendes Leben geführt. Auf Intermittens als ätiologisches Moment der localen Asphyxie ist schon öfters hingewiesen worden. Den Zusammenhang stellte sich G. folgendermassen vor: Die häufigen Ausschweifungen führten ein leichtes Atherom der Arterien herbei, die Malaria- und Rheumatismus-Infection brachte eine vasamotorische Erkrankung dazu, welche an einzelnen Stellen die Verschliessung der Gefässe vervollständigte.

Maar berichtet (23) über folgende Fälle von Malum perforans:

1. Der 24 Jahre alte Kranke war in der Jugend scrophulös gewesen und als Reste davon fanden sich viele Narben an verschiedenen Körpertheilen. Vor 10 Jahren bekam er Geschwulst und Empfindlichkeit an der linken Fusssohle unter dem Capitulum ossis metatarsi IV, worauf sich Fisteln bildeten, theils an dieser Stelle, theils an der Rückenfläche des Fusses um das 4. Metatarso-Phalangeal-Gelenk. Diese Fisteln hatten sich seitdem beständig offen erhalten und aus ihnen war Eiter in spärlicher Menge ausgeflossen. Der Kr. hatte beim Gehen einige Schmerzen in dem kranken Theile, ging aber noch immer damit herum, nur einmal im Winter hatte er im Krankenhause gelegen, war aber ohne Besserung wieder entlassen worden. Knochen war, so viel Pat. wusste, niemals abgegangen. Eine ähnliche Affection, die vor 5 Jahren um das vordere Ende des Os metatarsi I

an demselben Fusse aufgetreten war, heilte nach Verlauf einiger Monate mit Hinterlassung einiger stark vertiefter Narben.

Bei der Untersuchung fanden sich in der Nähe des 4. Metatarso-Phalangeal-Gelenks an der Sohlenfläche 6, an der Rückenfläche 3 Fisteln, durch welche eine Sonde eindringen konnte zwischen die Phalangen der 3., 4. und 5. Zehe. Alle Fisteln communicirten miteinander; Flüssigkeit, die in eine der Fisteln eingespritzt wurde, floss aus allen übrigen wieder aus. Geschwulst an den Knochen war nicht fühlbar und die Bewegungen in den Gelenken war frei; die Fisteln sonderten sehr wenig ab, abgelöste Sequester waren nicht nachweisbar; an der Stelle, wo die Fisteln sassen, bestand geringe Empfindlichkeit gegen Druck, am meisten an der Plantarfläche. Die Krankheit hatte als eine kleine Blase oder ein kleines Geschwür unter dem Fusse begonnen und hatte sich dann in der Weise ausgebreitet, dass eine schorfartige Bildung mit Rissen entstand, worin sich Eiter zeigte. Im Laufe einiger Monate pflanzte sich das Geschwür durch den ganzen Fuss hindurch fort und erschien an der anderen Seite mit Röthung und Schwellung, bis es zum Durchbruch kam.

Pat. klagte ausserdem über Schmerz beim Harnlassen seit 3—4 Jahren und häufigeren Harndrang; Blut oder Gries war nie im Harne gewesen; wenn die Harnentleerung sehr häufig war, hatte Patient gewöhnlich Lendenschmerzen, in der Lumbalgegend bestand keine Empfindlichkeit; der Harn war nicht ganz klar und enthielt kein Eiweiss.

Sensibilitätsstörungen waren insofern vorhanden, als die Galvanokaustik nur sehr geringen Schmerz verursachte. Anfangs war starkes Hitzegefühl mit vermehrter Schweisssecretion im Vergleich zur andern Seite vorhanden; später verhielt es sich umgekehrt; es war schwer, den Fuss warm zu erhalten; der Haarwuchs war an dem kranken Fusse weniger reichlich, als an dem gesunden.

Dass es sich im vorliegenden Falle um Malum perforans handelt, muss nach den als charakteristisch für diese Krankheit aufgestellten Kennzeichen unzweifelhaft erscheinen; die Erkrankung begann oberflächlich und ging dann in die Tiefe, sie verlief chronisch und bot der Behandlung grossen Widerstand, hatte Neigung, sich auszubreiten, und die Sensibilität war vermindert. Ferner schien die Behandlung mit dem constanten Strom den Zustand mehr zu bessern, als die Galvanocaustik.

2. Ein 30 Jahre altes Fräulein bekam im Jahre 1869 starke Schmerzen in der 1. Phalanx der linken 5. Zehe mit Geschwulst, Röthe und Eiterung. Der Zustand besserte sich bei einer eingeleiteten Behandlung etwas, wurde aber später wieder schlimmer und im J. 1871 zeigte sich der Knochen blosgelegt, weshalb die Zehe mittelst eines Ovalärschnittes abgetragen wurde. Kurze Zeit nach der Heilung trat dieselbe Affection an der 1. Phalanx der 4. Zehe an demselben Fusse auf, besserte sich aber, als die Kr. wegen einer Peritonitis 5 Monate lang an das Bett gefesselt war. Als die Kr. das Bett wieder verlassen hatte, wurde das Leiden an der Zehe wieder schlimmer, bis die Pat. Ende 1874 in Folge einer Gebärmutterblutung wieder 3 Monate lang das Bett hüten musste, und heilte dabei ganz. Die Kr. hatte früher an Schwächegefühl in der linken Unterextremität gelitten, bei der Blutung trat eine vollständige Lähmung derselben ein, die die Kr. nach Aufhören der Blutung ferner an das Bett fesselte. Im Sommer 1879, als M. die Kr. in Behandlung nahm, war sie in hohem Grade abgemagert, litt an zahlreichen Neurosen, ausserdem an mehreren chronischen Affectionen (Fissura ani, chronischer Katarrh u. s. w.), musste in dem Bette in die Höhe gehoben werden und konnte nicht auf den Füssen stehen.

Die linke Unterextremität zeigte Atrophie, Anästhesie und Analgesie, weder durch Faradisation, noch durch Galvanisation konnte Bewegung oder Schmerz ausgelöst werden, die Temperatur zeigte sich sowohl subjectiv, als objectiv herabgesetzt. Der Temperaturunterschied zwischen beiden Unterextremitäten war entschieden gross, liess sich aber nicht ganz genau feststellen, weil die Messung an einem Tage einen grösseren (9°), an einem andern einen geringeren Temperaturunterschied (5° C.) angab.

Bei roborirender Behandlung in Verbindung mit Galvanisation und später, als die Muskeln auf den constanten Strom reagirten, mit Faradisation und Anwendung eines Apparates mit künstlichen Muskeln kam die Kr. in 4 Wochen soweit, dass sie sich auf das Bein stützen konnte; nach einigen Monaten konnte sie wieder vollständig gut gehen; das Bein nahm an Volumen zu, die Störungen der Sensibilität und Motilität nahmen ab.

Im December 1879 klagte die Kr. zum ersten Male über die früher schon in der linken 4. Zehe vorhanden gewesenen Schmerzen und die Untersuchung ergab auf der Rückenfläche der 1. Phalanx

der 2. Zehe Röthung, Geschwulst und Eiterung in der Ausdehnung der Kuppe von einer grossen Stecknadel. Bei der Sondirung, die wenig schmerzhaft war, konnte man bis auf den Knochen gelangen, fühlte ihn aber nicht blossgelegt. Durch fernere locale Behandlung mit Elektricität, wobei die Kr. übrigens umherging, wurde bald Besserung und in einigen Wochen vollständige Heilung erzielt.

Nach den vorliegenden Umständen ergibt sich auch in diesem Falle die Affection als Malum perforans. Der Process begann oberflächlich und ging in die Tiefe, verlief chronisch ohne bedeutende Schmerzen, widerstand jeder localen Behandlung hartnäckig und zeigte grosse Neigung zu Rückfällen und die Tendenz, eine Zehe nach der andern anzugreifen, er stand ausserdem noch in Verbindung mit Sensibilitäts- und trophischen Störungen, oder vielmehr mit einem allgemeinen Leiden in den Nerven der Extremität; endlich war es unzweifelhaft, dass die Behandlung mittelst Elektricität die Heilung herbeigeführt hat.

Anfang April d. J. wurde nach der Krankengeschichte von Eichhoff (24) ein dreijähriges Kind wegen eines intensiven Eczems, das Gesicht, Rücken und Brust ganz eingenommen hatte, auf die Breslauer Klinik aufgenommen. Die befallenen Stellen bildeten eine grosse nässende Fläche, und besonders das Gesicht war stark mitgenommen und deshalb sehr entstellt. Das Kind war nicht gerade kachektisch, sondern ziemlich wohlgenährt und kräftig, da der Ausschlag noch nicht lange bestanden hatte.

Durch Behandlung mit auftrocknendem Streupulver aus Zinc. oxydat. und Amylum, sowie später mit 10 Proc. Bismuthsalbe und Milchdiät wurde in drei Wochen eine vollständige Heilung erzielt, und gegen Ende April konnte die kleine Pat. entlassen werden, ohne Ueberreste des Ausschlages mehr zu zeigen.

Die Eltern des Kindes leben zwar auf dem Lande, so dass die Luft für die Reconvalescentin sehr zuträglich war; aber die übrigen Lebensbedürfnisse, zweckmässige Nahrung und gute, reinliche Pflege wurden dem Kinde wegen der Armuth der Eltern nur spärlich zu Theil. Deshalb erholte sich das Kind nicht nur nicht, sondern wurde zusehends schwächlicher, und gegen Mitte Mai stellte sich ein neuer Ausschlag ein, weshalb die Eltern wieder Hilfe auf der Klinik suchten.

Der Allgemeinzustand des Kindes war bei der Entlassung im April ein viel besserer, als bei der Wiederaufnahme im Mai.

Auf dem Rücken hatten sich seit einigen Tagen stecknadelkopf- bis linsengrosse Flecke von dunkelrother Farbe in ziemlich grosser Anzahl gebildet; über diese Flecken entwickelten sich schnell Blasen mit serösem Inhalte. Dieselben fielen aber bald wieder zusammen, und es entstanden so an Stelle der Blasen Geschwüre; letztere nahmen einen gangränösen Charakter an, und es bildete sich in ein bis zwei Tagen ein schwarzer Brandschorf als Decke des Geschwüres. Nach Abhebung dieses Schorfes kam dann ein Ulcus zum Vorschein mit steil abfallenden Rändern, das sich oft bis tief in das Unterhautzellgewebe erstreckte. Unter Anwendung von Kleienbädern und anregenden Salben vernarbten diese gangränösen Geschwüre ziemlich schnell mit einer leicht unter dem Niveau der gesunden Haut liegenden Narbe, ähnlich den Variolanarben. Im Verlaufe von einigen Tagen nach der Aufnahme stellte sich ausserdem auf dem linken Auge unter starker Conjunctivalreizung, Schmerz und Lichtscheu ein centrales Hornhautgeschwür ein; zugleich bildeten sich auf der Kopfhaut herdweise dieselben gangränösen Geschwüre, wie auf dem Rücken, und man sieht auch hier wie dort die verschiedenen Stadien des Processes nebeneinander, bestehend aus dunkelrothen Flecken, Blasen, Geschwüren, die mit einem schwarzen Brandschorf bedeckt sind, oder schon frisch granuliren und zuletzt tiefliegenden Narben.

Die Behandlung besteht in kräftiger Milch- und Fleischkost. Roborantien (Ungarwein und leichten Chinapräparaten), täglichen Kleienbädern und Verband mit Bismuthsalbe (10 Proc.); gegen das Ulcus corneae wird Atropinlösung (1 Proc.) eingeträufelt und Calomel eingestreut. Gegen Ende Mai sind die meisten Geschwüre vernarbt und nur noch einige in der Kreuzbeingegend und auf der Kopfhaut vorhanden. Das Ulcus corneae sinistrae ist ganz zurückgegangen, dagegen hat sich nunmehr auf der rechten Cornea ein randständiges Ulcus gebildet. In der zweiten Juniwoche tritt dagegen ziemlich plötzlich unter allgemeinen Störungen und hohem Fieber — Abends stieg die Temperatur bis zu 41·2° — eine Verschlimmerung ein. Auf dem Rücken sind zwar alle Geschwüre vernarbt, aber auf dem Kopfe entstehen ganz acut neue Nachschübe von gangränösen Geschwüren, die die anfänglichen an Zahl und Grösse weit übertreffen. Der ganze Kopf ist wie übersäet mit linsen- bis fünfpfennigstückgrossen Geschwüren

mit scharfen Rändern, schmutzigem Belage und brandig stinkendem Secrete; abermals wird die Cornea des linken Auges von einem Ulcus befallen. Beiderseits hinter den Ohren erreichen die gangränösen Stellen eine Ausdehnung von über Zolllänge. Als Verbandsalbe wird angenommen: R. Camphorae, Myrrhae āā 15,0, Vaselini 100,0. Innerlich Roborantien. Tägliches Kleienbad. Die Exacerbation dauert unter hohem Fieber eine ganze Woche lang. Darauf tritt allmälige Besserung ein, so dass am Ende der dritten Woche des Juni das Kind soweit hergestellt ist, dass es auf Wunsch der Eltern entlassen werden kann. Die Geschwüre sind theils vernarbt, theils befinden sie sich in einem guten frischen Granulationsstadium; von Gangrän ist nichts mehr wahrzunehmen. Beide Corneae sind frei mit Ausnahme der zurückgebliebenen Narben. Verf. weist zum Schluss auf die in dem Verhältnisse des Kindes liegenden Momente für die Annahme einer kachektischen Gangrän nach O. Simon hin.

25. **Playfair**. Ueber einen Fall einer seltenen Form von Elephantiasis. (Edinb. med. Journ. p. 18, Juli 1880.)
26. **Radcliffe Crocker**. Ueber die Histologie und Pathologie von Morphaea. (Arch. of Dermat. Jan. 1880.)
27. **Rigal** und **Cornil**: Purpura haemorrhagica. (L'Union, 5, 6, 7, 1880. Schmidt's Jahrb. 6. 1880.)
28. **Thiry**. Derselbe Gegenstand. (Presse méd. bèlge Bd. XXXI, 26, 1879.)
29. **Siedamgrotzky** und **Hofmeister**. Untersuchungen über den Salzgehalt des Blutes bei Scorbut der Hunde (Bericht über das Veterinärwesen im Königreich Sachsen für das J. 1878. Dresden 1879. — Schmidt's Jahrb. Nr. 5. 1880.)

30, 31, 32. **Cullimore, Buzzard, Cheyne**: Ueber Scorbut. (Lancet I. 5. Jan., 6. Feb., 12. März 1880.)

Playfair berichtet (25) über eine auf die Unterbauch-, Genital- und Analgegend beschränkte Elephantiasis mit zottigen, bindegewebigen Wucherungen. Auch im Rectum fand man ähnliche Auswüchse, welche wohl Ursache der chronischen Diarrhöe waren, an welcher der sonst gesunde Mann im Laufe von zwei Jahren zu Grunde ging.

Unna.

Crocker findet in einem frühen Stadium von Morphaea (26) Atrophie der Papillen, Thrombose der longitudinalen Gefässe des oberen Gefässplexus und oft der Papillargefässe, hauptsächlich aber Zellenmassen um die Gefässe der Talgdrüsen und Haarfollikel angehäuft. Später nimmt das elastische und Bindegewebe bedeutend zu unter Obliteration der Gefässe, Atrophie der Talgdrüsen, Obstruction der Schweissdrüsenausführungsgänge, während die Knäuel derselben selten atrophiren. Crocker führt die perlweisse Farbe der Flecken auf Anämie durch Thrombose der Gefässe, die bläulichrothe Zone ringsherum auf collaterale Hyperämie zurück. Von Skleroderma unterscheidet sich die Morphaea nur durch den oberflächlichen Sitz, während die erstere Krankheit im subcutanen Gewebe und der Cutis beginnt, so dass sie besser „circumscriptes Skleroderma" zu nennen wäre.

Ueber einen Fall von Purpura haemorrhagica in Folge eines chronischen Herzleidens geben Rigal und Cornil (27) einen ausführlichen Bericht.

D., 33 Jahre alt, Kutscher, seit 10 Jahren bereits in Paris, von guter Constitution und aus gesunder Familie stammend, und bis zum Jahre 1870 vollkommen gesund, war während des Krieges mannigfachen Strapazen, namentlich häufigen Erkältungen ausgesetzt gewesen und von acutem Rheumatismus zunächst der Gelenke der Unterextremitäten, dann des Ellbogens, sowie auch der Nackenmuskeln befallen worden. Eine Herzaffection hatte wahrscheinlich dabei bestanden, da Pat. zeitweilig seitdem an Schmerzen in der Herzgegend und Präcordialangst litt, obschon er in den nächsten Jahren weder habituelle Herzpalpitationen, noch ausgesprochene Dyspnoë, noch Schwellung der Füsse bemerkt, sich überhaupt so wohl befunden hatte, dass er seinen schweren Dienst verrichten konnte. Pat. nährte sich gut, war aber kein Trinker. Anfangs December 1878 zeigten sich zunächst gastrische Störungen, denen nach wenigen Tagen Frostschauer, Kopfschmerz, Schweisse, allgemeine Steifigkeit folgten, und unter fortwährendem inneren Frösteln entwickelten sich an den unteren Extremitäten rothe, weder schmerzhafte noch juckende Flecke, welche trotz den von einem Arzte verordneten Chinamitteln immer grösser und zahlreicher wurden.

Bei der Aufnahme in das Hospital St. Antoine am 9. Januar 1879 ergab die Untersuchung folgenden Befund: Gesichtsausdruck

schlaff, abgespannt, Gesicht bleich, nicht ödematös, Backen und Lippen violett gefärbt; Respiration kurz und schnell, bedeutende Oppression, grosses Schwächegefühl; Pupillen gleichmässig contrahirt. An den Unterextremitäten und der Bauchwand fanden sich grosse, unregelmässige, tiefbraune, fast schwärzliche, durch einen röthlichen Ring begrenzte Flecke von der Grösse eines 1—5-Francsstücks und darüber. Namentlich an der hinteren Fläche der Gliedmassen waren durch Zusammenfliessen mehrerer Flecke breite, über handgrosse braune Stellen entstanden, über welchen die Epidermis stellenweise als Bläschen, Blasen oder Phlyctänen abgehoben war; an einigen dieser letzteren war die Epidermis bereits verschwunden, das darunter liegende Gewebe von coagulirtem Blut infiltrirt und im Stadium des beginnenden Sphacelus. Auf der Bauchhaut waren die Ecchymosen kleiner und weniger zahlreich, ohne Erhebung der Epidermis; am Thorax, ebenso im Gesicht und an den oberen Extremitäten fanden sich keine, auf der rechten Dorsalseite nur vereinzelte kleine braune Flecke. Das Zahnfleisch war längs des freien Randes ulcerirt, von tiefrother Färbung, etwas weich und geschwollen, jedoch erfolgte weder spontan noch auf Druck Blutaustritt, die Zähne waren theilweise locker in Folge von Gingivitis ulcerosa mit Periostitis alveolaris, mehr durch schlechte Pflege als durch scorbutische Dyskrasie bedingt. Die unteren Gliedmassen und die rechte Hand waren ödematös, die linke Hand dagegen, obwohl stets in mehr abschüssiger Lagerung als die rechte, frei von Oedem, ein Beweis dafür, dass letzteres nur Folge der Purpura, nicht durch Circulationsstörungen bedingt war. An den ecchymotischen Stellen war die Hautsensibilität aufgehoben oder doch sehr vermindert; dagegen fühlte Pat. den Stich einer 1—2 Mmtr. tief eingestochenen Nadel ziemlich empfindlich. Puls sehr frequent, klein, schwach, unregelmässig, 140 in der Minute, ähnliche Alteration des Rhythmus des ziemlich kräftigen Herzschlags. Es bestand ausgesprochene Hypertrophie des Herzens, an der Herzspitze war ein systolisches Blasen und ein sehr deutliches diastolisches Geräusch, über den Arterienmündungen ein dumpfes Geräusch aber kein Blasen zu hören, in den Carotiden dagegen ein feines, der arteriellen Diastole entsprechendes Blasegeräusch. An der Vereinigungsstelle der VV. jugulares fühlte man ein continuirliches, deutliches Reibungsgeräusch, ohne bemerkbare Ausdehnung der betreffenden Venen. Lippen und Nägel nicht cyanotisch, Wangen etwas bläu-

lichroth, aber offenbar mehr in Folge zahlreicher capillarer Varicositäten als durch eine durch die beträchtliche Arhythmie des Herzens bedingte wesentliche Störung des Capillarkreislaufs hervorgerufen. Dyspnoë bedeutend, 25 Athemzüge in der Minute.[1]

Die Untersuchung der Lungen ergab nur hinten leichte Rasselgeräusche, die Leberdämpfung war nicht vergrössert. Pat. klagte bei einer Temperatur von 38·2° fortwährend über inneres Frösteln, Schlaflosigkeit, grosses Schwächegefühl. Es bestand Verstopfung mit leichter Tympanitis, der reichlich abgesonderte Harn enthielt weder Blut noch Eiweiss. Therapie: Digitalis-Infusum mit Rum, Ferrum perchloratum, Schröpfköpfe auf den Thorax, Erwärmung des Patienten mittelst Wärmflaschen, reichliche Zuführung von Nahrung. — Unter Zunahme aller Erscheinungen, namentlich auch der Ecchymosen, nebst Auftreten von leichten Hämorrhagien aus den Schleimhäuten und Blutspuren im Urin, Platzen der Phlyctänen auf der Haut mit Abfluss von blutigem Serum, Brandigwerden und fötidem Geruch der blossgelegten Hautpartien, bei 140 Puls, 39° Temp. — starb Pat. bei vollem Bewusstsein am vierten Tage nach der Aufnahme asphyctisch.

Section. Am Herzen Spuren alter Pericarditis, linker Ventrikel hypertrophisch, rechtes Herzohr stark dilatirt, Tricuspidalklappe gesund, aber insufficient, die Wandungen der Ventrikel verdickt, das Myocardium nicht verändert; Mitralklappen sehr verdickt, fibrös, ihre Ränder runzelig, ungleich, Stenose und Insufficienz des Mitralostium in Folge der Verwachsung der beiden Klappenzipfel zu einer Scheidewand mit einer Oeffnung in der Mitte. Aorta von ungewöhnlich kleinem Kaliber, Aortenklappen etwas verdickt und an einzelnen Stellen fibrös. Leber gross, im Schnitt muskatnussartig, die Leberläppchen roth im Centrum, gelb an der Peripherie, die Zellen hier im Stadium beginnender Fettentartung; die Convexfläche der Leber durch Adhäsionen mit dem Diaphragma verwachsen. Milz von gewöhnlicher Grösse und Consistenz, ihre Kapsel verdickt. Lungen an der Basis congestionirt, rechts zwei frische, mandelgrosse Infarcte; Pleuren an mehreren Stellen durch alte Adhäsionen verwachsen. Nieren congestionirt, die rechte voluminöser als die linke, an der Oberfläche der rechten Spuren eines alten, fettig degenerirten Infarctes.

Die von Cornil ausgeführte Untersuchung der Haut ergab die Epidermis über den Purpuraflecken normal, das Papillarnetz und das Corium von Blut infiltrirt. Die Papillargefässe waren ungewöhnlich

ausgedehnt, ebenso alle übrigen, arteriellen sowohl als venösen Hautgefässe. Zwischen den Bindegewebsbündeln der Haut lagen theils parallel laufende, theils sternförmig gruppirte Haufen von extravasirten rothen Kügelchen, während die Bindegewebszellen selbst nicht verändert erschienen. Auf der Oberhaut mehrerer dieser Purpuraflecke gewahrte man sehr kleine, dem unbewaffneten Auge kaum sichtbare Bläschen, durch einen Erguss von Flüssigkeit zwischen Papillen und Schleimkörper oder in letzteren selbst bedingt, welcher rothe Blutkörperchen und Lymphzellen enthielt. Zum Theil waren diese Bläschen über die Oberfläche erhaben, communicirten aber weder mit den Schweiss-, noch mit den Talgdrüsen der Haut, noch mit den Haarscheiden; den Boden, auf dem sie standen, bildete ein Papillarkörper, welcher mehr oder weniger von noch adhärirenden Schleimkörperzellen bedeckt war; man fand aber auch eine oder mehrere Papillen entweder ganz von ihren Zellen entblösst oder von einer einer tieferen Schicht des Schleimkörpers angehörigen Zellenlage bedeckt. Diese Zellen erschienen perpendicular auf der Papillarfläche eingepflanzt, wie dies im normalen Zustande der Fall ist. Die Dicke der den Papillen adhärirenden Schleimkörperlage war im Centrum und in der Peripherie der Bläschen verschieden; führte man z. B. den Schnitt durch den grössten Durchmesser derselben, so sah man eine oder mehrere Papillen entweder an ihrer Spitze oder in der ganzen Breite der Papille von Epidermis vollständig entblösst, während, je mehr man sich den Rändern der Bläschen näherte, das adhärirende Malpighi'sche Stratum dichter wurde. Bei den dem grössten Durchmesser entsprechenden Präparaten fand C. die Papillen stets ihrer Spitze beraubt. Wahrscheinlich sind es die Blutgefässe dieser Papillen, welche den Austritt von Plasma, Lymphzellen und rothen Blutkörperchen vermittelt hatten; letztere Fluida hatten sich dann entweder zwischen Papille und Schleimkörper infiltrirt, oder sich inmitten des letzteren abgesetzt und diesen dann in zwei Partien, die eine dem Papillarkörper adhärent bleibend, die andere mit der Epidermis als Wölbung des Bläschens sich erhebend, getrennt. Die Gefässe der Papillen fand C. wesentlich dilatirt, ebenso die des Corium, so dass hier, wie bei einfachen Ecchymosen, Blutgefässe zwischen die Bindegewebsbündel eingetreten waren. Das Bindegewebe selbst bot keine Zeichen von Entzündung oder von Schwellung dar, auch bestand kein Erguss von

Lymphzellen zwischen seinen Bündeln. Am Rande der Bläschen, der Grenze ihrer Höhlung und des Corpus mucosum entsprechend, sah man ein Netz feinster, theils aus Faserstoff, theils aus Kugel- oder Hohlzellen des Corpus mucosum gebildeter Fibrillen.

Nach alledem scheint es, dass die gänzlich zerstörten Papillen als der Ausgangspunkt des Ergusses der Flüssigkeit, der weissen und rothen Blutkügelchen, welche die Epidermisschicht gehohen und sich zwischen die Zellen des Malpighi'schen Schleimkörpers infiltrirt hatten, zu betrachten sind.

Die grössten Blasen verdankten demselben Mechanismus ihre Entstehung; sie hatten einen Durchmesser von 1—3 Ctm., waren theils regelmässig rund, theils hatten sie, gleich den Phlyctänen einen unregelmässigen Rand. Ein senkrecht durch ihre Spitze geführter Schnitt zeigte regelmässig eine Erhebung beider Epidermisschichten. Die Hornschicht wie auch die Malpighi'sche Schicht waren wesentlich verdickt und so ziemlich mit einander verschmolzen, letztere zeigte einen Abdruck der Papillen, angedeutet durch Bögen fortlaufender Zellenreihen, welche die Papillen von einander trennten. Ausserdem gewahrte man hie und da um das Corpus mucosum flottirende Stränge, die Gänge enucleirter, vom Papillarkörper und von der Hautoberfläche ausgehender Schweissdrüsen, welche, frei flottirend, ihren Weg quer durch den flüssigen Blaseninhalt nahmen; dem blossen Auge erschienen diese Schweissdrüsenmündungen als kleine, undurchsichtige, weissliche Pünktchen auf der Oberfläche der Blasen. Der flüssige Inhalt der letzteren war derselbe wie bei den kleinen Bläschen; Lymphzellen, weisse Blutkörperchen, Faserstoff-Filamente, Kugel- und Hohlzellen des Corpus mucosum, letztere bisweilen flach gedrückt und zu Strängen verlängert, in ihren Ausbuchtungen Lymphzellen enthaltend. Bei den grössten und ältesten Blasen war nur noch die Hornschicht der Epidermis vorhanden, das Corpus mucosum war zerstört, seine Zellen erschienen durch das sie umspülende Fluidum auseinander gedrängt und in letzterem vereinzelt umherschwimmend. Am Rande dieser Blasen war noch eine schmale Lage Schleimkörperzellen erhalten, welche dem Papillarkörper und der Hornschicht der Epidermis adhärirten, während in der abgehobenen Partie der letzteren weder davon, noch von den Schweissdrüsengängen eine Spur zu sehen war. Nur diejenigen Epidermoidalzellen, welche den concentrischen Kreis um diese Ausführungsgänge bilden, sowie eine Anhäufung von Hornzellen

waren an der superficiellen Epidermis noch sichtbar in Form kleiner mattweisser Punkte, welche um so deutlicher hervortraten, je dünner die abgehobene Oberhaut war. Die Papillarschicht, welche die Basis der Blasen bildete und die Lederhaut zeigten gleiche Gefässdilatation und Blutinfiltration, wie die bei den Bläschen beschriebene, dagegen keine Spuren von Entzündung in histologischem Sinne.

Sämmtliche Hautveränderungen, sowohl die einfachen als die zu Bläschen, Blasen und Phlyctänen erhobenen Ecchymosen, sind mithin als durch dieselbe Ursache — Erweiterung der Gefässe und Austritt der rothen und weissen Blutkörperchen, sowie Infiltration der letzteren zwischen die Bindegewebsfasern und unter die beiden Epidermisschichten — entstanden zu betrachten. Die Trennung der Epidermisschichten ist aber nicht am Locus minoris resistentiae, d. i. zwischen Corpus mucosum und Epidermis, im Stratum der granulösen Zellen, sondern zwischen den Papillen des Corpus mucosum erfolgt und von da weiter vorgedrungen.

An den ältesten Ecchymosen liess sich vollständige Mortification der Haut nachweisen, sie zeigte eine schwärzlich-braune Färbung und erschien auf dem Durchschnitt vertrocknet, während der Panniculus adiposus noch intact geblieben war. Senkrechte Schnitte solcher Hautstückchen zeigten unter dem Mikroskop die Dermafasern vollständig erhalten, nur durch rothe aneinander gepresste Blutkügelchen getrennt. Die Blutgefässe der Papillen, des Corium und des Panniculus adiposus waren durch Blut erweitert, die Fettzellen normal. An den grossen Gefässen, Venen sowohl, wie Arterien, liess sich keine Veränderung der Wandungen nachweisen, mit Ausnahme einer leichten Verdickung der Arterienwandungen, was nicht auf Rechnung des vorhandenen Herzleidens zu setzen und nicht in Zusammenhang mit der weit später aufgetretenen Hautaffection zu bringen ist. Die Mortification der Haut an jenen ältesten Ecchymosen ist also nur auf die ecchymotische Blutstase und dadurch bedingte vollständige Hemmung der Blutcirculation zurückzuführen.

Die Vff. ziehen aus ihren Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Die Purpura haemorrhagica gravis ist ein Symptomencomplex, der sich hauptsächlich durch Blutaustritte unter Haut und Schleimhaut und durch progressive, aus Erschöpfung des Nervensystems resultirende allgemeine Schwäche, welche nicht immer im Verhältniss zur Heftigkeit der Blutungen zu stehen braucht, charakterisirt.

2. Zur Erklärung des Entstehens der Hämorrhagien ist die Annahme einer vascularen Innervationsstörung gerechtfertigt, welche Störung entweder in einer Reizung des Sympathicus oder in verminderter Action der vasomotorischen Centren ihren Grund hat. Wenn auch die Veränderungen im Blute und die pathologische Beschaffenheit der Gefässwandungen hierbei nicht ohne Bedeutung sind, so erscheinen dieselben doch so verschiedenartig und unbestimmt, dass sie allein als Ursache des Ausbrechens der Purpura haemorrhagica — ohne die oben angenommene Innervationsstörung — nicht betrachtet werden können.

3. Im Verlauf von chronischen Krankheiten, namentlich solchen des Herzens, kann eine Purpura haemorrhagica in acuter Form auftreten, bevor noch ein bemerkenswerther kachektischer Zustand nachweisbar ist. Die Alteration der Gefässe im Bereiche der ecchymotischen Flecke kann auf einfacher Ektasie der Arteriolen des Corium beruhen.

Bei Beurtheilung analoger Fälle hat man diagnostisch streng zwischen Variola haemorrhagica, Scorbut, Hämophilie und der wirklichen Purpura haemorrhagica zu unterscheiden.

Einen weiteren Beleg für die von Rigal und Cornil angenommene Beziehung von Purpura und Herzkrankheiten liefert folgender schon früher von Thiry beobachteter Fall (28), in welchem Purpura mit Klappeninsufficienz und Herzhypertrophie bei einem 44 Jahre alten Manne auftrat, der vorher ganz gesund und kräftig gewesen war, nur früher einmal 7 Wochen an Muskelrheumatismus gelitten hatte. Am 14. Februar 1879 hatte der Kranke ohne bekannte Ursache plötzlich Frost, mit etwas Erregung, Durst und intensives Hitzegefühl in der Haut bekommen und am andern Morgen war der ganze Körper mit Purpuraflecken bedeckt, die in der Mitte kleine hellere, mit Serum gefüllte Erhebungen zeigten. Diese Erhabenheiten sprachen dafür, dass der Hämorrhagie eine ziemlich intensive Hyperämie vorhergegangen und die Affection stenischen, fieberhaften Charakters war; an verschiedenen Stellen der Haut, namentlich am Rücken, fanden sich Blasen, die vollständige Entwicklung von Phlegmasien zeigten. Ein Zeichen von Dyskrasie bestand nicht; aber es waren Verdauungsstörungen und die Zeichen von Herzhypertrophie und Mitralinsufficienz vorhanden; der Puls stand in keinem Verhältniss zur Heftigkeit der

Herzschläge. — Um die Reizbarkeit des Papillarkörpers der Haut und die Turgescenz ihrer Gefässe herabzusetzen, wurden alkalinische Waschungen und Bäder verordnet mit darauf folgendem Verweilen in gleichmässiger Temperatur, ausserdem wurde Calomel so wie auch Schwefel gegeben, um eine ableitente Wirkung zu erzielen. Am 20. Febr. war bedeutende Besserung eingetreten, die Flecke waren kleiner und bräunlich geworden, am 25. waren sie zum grossen Theile verschwunden und der Kranke konnte bald geheilt entlassen werden.

Die Untersuchungen, welche Siedamgrotzky und Hofmeister (29) an der Thierarzneischule in Dresden über Blut Scorbutischer anstellten, ergaben folgende Resultate:

In 24·445 Gramm völlig ausgetrockneten Blutes eines an Scorbut verendeten Hundes ergab die Analyse einen Gehalt von 1·346 Gramm an Mineralbestandtheilen. Von diesen waren:

1·174 Gramm	= 87·7 %	in Wasser	löslich
0·172 „	= 12·8 „	„	unlöslich.

In diesen Blutsalzen fanden sich:

Natron	0·464	Gramm	= 34·4 %
Kali	0·086	„	= 6·4
Chlor	0·141	„	= 32·7
Schwefelsäure	0·048	„	= 3·5
Phosphorsäure	0·117	„	= 8·7

Dagegen erhielt Verdeil bei der Analyse der Blutasche von zwei Hunden, von denen der eine 18 Tage mit Fleisch, der andere 20 Tage mit Brot und Kartoffeln gefüttert worden war:

	bei Nr. 1	bei Nr. 2
Natron	32·2 %	29·0 %
Kali	15·16	19·16
Chlor	30·25	39·94
Schwefelsäure	1·71	1·08
Phosphorsäure	13·96	11·96

Jarisch berechnete aus seiner Analyse von venösem und arteriellem Hundeblute im Mittel:

Natron	42·01 %
Kali	3·83
Chlor	31·43

Schwefelsäure . . . 4·01 %
Phosphorsäure . . 12·32

Vergleicht man mit diesen Analysen, namentlich denen von Verdeil — bei Jarisch ist nichts über die Ernährung des Hundes bemerkt — die Analyse des Blutes des scorbutischen Hundes, so enthält das Blut bei Scorbut mehr oder weniger (+ oder —) an:

Natron . . . . . + 2·2 bis 5·4 %
Kali . . . . . . — 8·8 bis 12·8
Chlor . . . . . + 2·4 bis 1·8
Schwefelsäure . . + 1·8 bis 2·4

während sich die Phosphorsäure dem Vergleiche um deswillen entzieht, weil im scorbutischen Blute nur die in H_2O lösliche Phosphorsäure bestimmt wurde.

Es stellt sich somit heraus, dass nur die Kalisalze im Scorbutblute in erheblich geringerer Menge vertreten sind, während die übrigen Salze darin überwiegen. Es steht dieses Resultat mit der von Garrod und Uskow aufgestellten Hypothese im Einklange, dass das Wesen der veränderten Blutmischung beim Scorbut in einer Verringerung der Kali- und Vermehrung der Natronsalze zu suchen sei.

Cullimore berichtet (30), dass er bei einer im südlichen Theile Ostindiens herrschenden Hungersnoth, welche zahlreiche Erkrankungen, vorwiegend scorbutischen Charakters veranlasste, sehr günstige Erfolge mit dem Jaggory (unkrystallisirter Palmzucker, ähnlich der Melasse) erzielt habe. Das Mittel wird meist in der Form von kleinen Kuchen verabreicht, nimmt sich gut, wird leicht verdaut und das bald sich bessernde Aussehen, sowie die Gewichtszunahme der meist sehr heruntergekommenen Kranken spricht auch für dessen bedeutenden Nährwerth. Gleichwohl verkennt C. nicht, dass die Verhältnisse je nach den klimatischen Verschiedenheiten, welche in von Hungerepidemien betroffenen Gegenden herrschen, also beispielsweise zwischen Indien und Irland, verschieden sein werden und dass z. B. der länger andauernde Misswachs der Kartoffel in letzterem Lande für die Erkrankten eine stickstoffreiche Ernährung nothwendig mache. Für das Mais- und Bohnenmehl, welches hauptsächlich in Irland verwendet wird, fand C. in Indien in dem Cholum (aus Sorghum vulgare) und Dholl (aus Cojanus indicus) zwei beachtenswerthe Ersatzmittel, welche namentlich bei Zusatz einer mässigen Menge von Jaggory auch bei

geschwächter Verdauung gut vertragen werden. C. theilt zur Begründung seiner Angabe das Ergebniss von zwei Versuchsreihen mit:

1. Zwölf Mann, gänzlich abgemagert, wurden 14 Tage lang mit $1^1/_2$ Pfund Reis und 6 Unzen Jaggory pro die genährt und täglich gewogen. Mit Ausnahme zweier Fieberkranker nahm bei Allen das Gewicht zu und war am Ende der 14 Tage normal geworden.

2. Von 12 Galeerensclaven, deren tägliche Diät aus Cholum und 2mal wöchentlich aus Hammelfleisch mit Vegetabilien bestand, aber ohne Zusatz von Jaggory, hatten nach ebenfalls 14 Tagen 5 an Gewicht abgenommen, bei 6 war es unverändert geblieben, 1 war wegen Fieber nicht weiter in Betracht gekommen.

C. führt übrigens selbst an, dass schon vor 20 Jahren die Melasse von einem Schiffscapitän als wirksamer, schmackhafter und billiger wie der Citronensaft bezeichnet und deshalb als Prophylacticum gegen Scorbut empfohlen worden ist.

Aehnliche günstige Erfahrungen hat Thomas Buzzard (**31**) während des amerikanischen Krieges bei der Armee der Conföderirten mit dem Syrup vom chinesischen Zuckerrohr (Sorghum) bei Scorbutfällen gemacht. Es muss jedoch der frisch bereitete Saft gegeben werden, da er der Gährung sehr leicht unterworfen ist.

Cheyne publicirt (**32**) die Massregeln, welche er für die bevorstehende arctische Expedition zur Verhütung des Scorbuts vorgeschlagen hat. Dieselben lauten folgendermassen:

1. durchgehende Ventilation des Schiffes, möglichst beständiger Aufenthalt der Mannschaft in der frischen Luft;

2. unausgesetzter Gebrauch des Citronensaftes in der Form von kleinen Kuchen;

3. hinreichender Vorrath von Kartoffeln, Möhren, getrockneten Aepfeln, Brombeeren, Pickles und vegetabilischen Conserven;

4. regelmässiger Wechsel zwischen Essen, Arbeit und Erholung sowie von Seite der Mannschaft gegenseitige Aushilfe und Vertretung bei den nöthigen Arbeiten.

33. Leloir. Veränderungen der Hautnerven in einem Fall von Ichthyosis. (Gaz. med. 17. Januar 1880.)

34. Crocker. Ueber Ichthyosis cornea. (Transact. of the clin. Soc. XII. p. 181. 1879.)

35. **Duhring.** Pityriasis maculata et circinata. (American. Journ. of the med. sciences p. 359. October 1880.)

36. **Donovan.** Die rationelle Behandlung der Psoriasis. (Lancet, Feb. 22, 1879.)

37. **Startin.** Die rationelle Behandlung der Psoriasis. (Lancet, Feb. 15, 1879.)

38. **Demiéville.** Ueber die Pigmentflecken der Haut. (Virch. Archiv Bd. LXXXI, pag. 333, 1880.)

39. **Mc. Lane.** Ausserordentliche Pigmentirung der Haut während der Schwangerschaft. (Americ. Journ. obst. Oct. 1878.)

40. Molluscum contagiosum. (Sitzung d. patholog. Society of London, Lancet vom 6. April 1880.)

An einem kleinen Hautstück, das einem mit Ichthyosis serpentina behafteten Kranken excidirt wurde, fand Leloir (**33**) die Hautnerven in atrophischer Degeneration, das Myelin zum Theile vollständig fehlend, zum Theile in Resorption begriffen, mit Schwund des Achsencylinders und Kernvermehrung. Unna.

Ein von Crocker (**34**) beobachteter Fall mit Ichthyosis cornea betraf einen 10 Jahre alten Knaben, der als schwächliches Kind zur Welt gekommen war. Gleich nach der Geburt bemerkte die Mutter an drei Stellen der Beine Hautabschürfungen von der Länge eines Fingers, eine namentlich an der Aussenseite des linken Fusses bis hinauf zur Mitte des Beines reichend, sowie einige andere am Kopfe, nach deren Heilung im Laufe von 7 Wochen sich allmälig die vorliegende Erkrankung herausbildete.

Der geistig und körperlich in der Entwicklung zurückgebliebene Knabe, welcher den Eindruck eines Tuberculösen machte, war von Kopf bis Fuss mit hornartigen Auswüchsen bedeckt, zwischen denen sich jedoch grosse Strecken gesunder Haut befanden. Ohne symmetrische Anordnung standen sie an einzelnen Stellen dichter als an anderen. Am Stamm waren sie zahlreicher an der rechten Seite; die linke Handfläche war frei, während sich an der rechten ein ichthyotischer Streifen fand. Die Fusssohlen waren nur in geringem Grade, hauptsächlich aber die Ränder der Füsse und namentlich der rechte Fussrücken, sowie ein grosser Theil der behaarten Kopfhaut gleichfalls erkrankt.

Die Stellen, an denen nach der Geburt die Hautabschürfungen bemerkt worden waren, markirten sich durch flache weisse Narben, nur die Narbe am Kopfe hatte eine schwielige, keloidartige Beschaffenheit. Die Auswüchse selber waren zu unregelmässigen Gruppen und Streifen angeordnet, bedeckten jedoch die Vorderflächen der Knie und die Streckflächen der Ellbogen zusammenhängend auf grössere Strecken. Der Charakter der Erkrankung variirte an den verschiedenen Körperstellen; während sie an der behaarten Kopfhaut einer „Seborrhoea sicca“ ähnlich sah und nach Entfernung der Schuppen eine geröthete, mit wuchernden Papillen versehene Fläche zu Tage trat, fanden sich an anderen Stellen mehr warzige Erhabenheiten, an Händen und Füssen aber mächtige Hornsäulen mit einer von der Basis zur Spitze gehenden Faserrichtung. An einzelnen Stellen liessen sich die Auswüchse mit Leichtigkeit entfernen, an anderen dagegen nicht ohne Schmerzen und Blutung.

An den von der Erkrankung freigebliebenen Stellen fand eine normale Schweisssecretion statt.

Die mikroskopische Untersuchung lieferte ähnliche Resultate, wie sie Boegehold in seinem Falle (diese Vierteljschr. 1880, 2. u. 3. Heft pag. 345) erhalten hat, nur glaubt Cr., dass zwischen der Hornbildung und den Papillen ganz dasselbe Verhältniss wie bei der Warzenbildung bestehe, dass nämlich jede der Fasern, die an den Stacheln der Finger zu beobachten waren, einer ausgewachsenen hypertrophischen Papille entspreche (? A.).

Duhring theilt (**35**) 6 Fälle von Pityriasis maculata, einer vor ihm nur von französischen Autoren (Bazin, Hardy, Horand) beschriebenen seltenen Affection mit, von welcher er bisher 10 Fälle beobachtet hat. Dieselbe besteht aus wenig erhabenen, rundlichen, stecknadelkopf- bis fingernagelgrossen, schilfernden Flecken, deren Farbe ein düsteres Roth ist, welches nur beim Kratzen einem frischeren Roth Platz macht. Oft ist der Rand etwas erhaben, immer scharf abgesetzt. Dieselben entstehen meist unbemerkt, um dann in rascher Folge den grössten Theil des Körpers vom Nacken bis zu den Unterschenkeln und Vorderarmen zu bedecken, indem sie den Rumpf bevorzugen, Gesicht, Hand und Fusssohle freilassen. Die einzelnen Flecken persistiren und wandern nicht wie die des Herpes tonsurans und der Psoriasis, doch bilden sie durch Confluenz oft sehr grosse Flecke,

ja bedecken ganze Körperregionen. Jucken ist nicht immer, doch gewöhnlich vorhanden, besonders bei schwitzender Haut. Pilze wurden, wie auch von den französischen Autoren, nie gefunden. Mehrmals beobachtete Duhring diese Affection bei besonders stark schwitzenden Leuten. Dieselbe vergeht von selbst wieder nach einiger Zeit oder unter einfacher Behandlung. Sie ist von allen anderen Hautaffectionen, speciell Eczem, Psoriasis, Pityriasis rubra, Lichen ruber und allen Pilzaffectionen auf das Bestimmteste zu unterscheiden.

Unna.

Donovan (36) verschreibt neben seiner gewöhnlichen (d. i. Arsen-) Behandlung bei Psoriasis:

Rp. Balsam Copaiv. 16,0
Liq. Kali carbon. 8,0
Aq. destill. 240.0

zu Waschungen und hat seit Jahren günstige Erfolge davon gesehen.

Unna.

Startin (37) urgirt die Nothwendigkeit, in gewissen hartnäckigen Fällen von Psoriasis, besonders bei vorhandenen Uterinleiden Alkoholismus und ähnlichen Complicationen eine angemessene innere Behandlung einzuleiten und sich nicht auf Arsenik und aussere Mittel allein zu verlassen.

Unna.

Eine Untersuchung, welche Demiéville über Pigmentflecke angestellt hat (38), bezieht sich in erster Linie auf die sogenannten Naevi lenticulares, der Verf. glaubt indess die Resultate eben so wohl auf die grösseren Naevi spili als auf die Epheliden ausdehnen zu können, da nach beiden Seiten keine scharfe Grenze zu constatiren war. Während die Oberhaut bei diesen Gebilden wesentlich normal ist, findet sich im oberen Theile des Corium eine Neubildung in Form von anastomosirenden Strängen eingelagert, die aus epithelähnlichen, dichtgedrängten Kernen besteht. In der Mitte des Fleckes laufen diese Stränge so gewunden, dass auf Schnitten der Eindruck isolirter Kernnester entsteht. Die Köpfe der Papillen sind durch solche Nester kolbig angeschwollen. Die Kernstränge gehen wahrscheinlich alle aus Blutgefässen hervor, indem in der Adventitia derselben sich die Kernmasse anhäuft, während zugleich die Endothelien der Intima anschwellen und das Lumen der Gefässe allmälig obliterirt. Die Kern-

masse besteht entweder aus dichtgedrängten, epitheloiden Kernen mit amorpher Zwischensubstanz oder aus wirklichen, grossen, protoplasmareichen Zellen ohne Zwischensubstanz; letztere sind reichlicher nur in den etwas erhabenen Linsenflecken. Den Ursprung der Kernmassen ist D. geneigt, in präexistirenden Bindegewebszellen zu suchen. Ausser im oberen Gefässgebiet der Cutis finden sich dieselben auch tiefer herabsteigend um die Haarbälge und Schweissdrüsenausführungsgänge. (Verf. scheint es zu entgehen, dass diese Hautregionen von demselben Gefässgebiet versorgt werden, wie der Papillarkörper. Anm. d. Ref.) Je mehr die Kernmassen sich anhäufen, desto mehr schmelzen die Bindegewebssepta ein; so kommt es zu einer diffusen, manchmal reticulären Anordnung der ersteren; im letzteren Falle beherbergen sie auch vielkernige Zellen. Das Pigment findet sich in der Oberhaut und im Corium; bei ungleichmässiger Vertheilung entsprechen sich die stärkst pigmentirten Zellen beider Hautschichten. Dagegen besteht durchaus kein bestimmter Zusammenhang zwischen der Entwickelung des Pigments und den besprochenen Kernmassen, obwohl auch das Pigment sowohl durch seine Verbreitung als durch seine Form eine bestimmte Beziehung zum Blutgefässsystem erkennen lässt. In der Oberhaut liegt das Pigment an den normalen Stellen, erstreckt sich jedoch höher hinauf, selbst bis in die Hornschicht. In der Cutis findet es sich besonders an der oberen und unteren Grenze der Kerninfiltration; aber auch in den Bindegewebssepta. Es ist theils diffus, theils körnig; die Körner sind von etwas unter Blutkörperchengrösse bis zu unmessbarer Kleinheit, meist kugelig, selten eckig, mithin so we Langhans das körnige Pigment in Extravasaten gefunden hat. D. schliesst aus der Form und Vertheilung des Pigments auf seine Herkunft aus rothen Blutkörperchen und dehnt diesen Schluss auch — der gleichen Form wegen — auf das Pigment der Epidermis (!) aus, obgleich sich Eisen in demselben weder hier noch dort nachweisen liess. Bei den Epheliden ist meist nur die Oberhaut pigmentirt, aber stets auch eine geringe Kerninfiltration der Gefässe vorhanden. Unna.

Eine bedeutende Pigmentirung der Haut während der Schwangerschaft trat nach Mac Lane (**39**) bei einer Frau im achten Graviditäts-Monat in Form von 1—6 Zoll grossen, dunklen Flecken, besonders am Nacken, Rücken und den Schenkeln auf. In einer zweiten Schwangerschaft zeigte diese Frau schwächere, aber

länger bleibende Pigmentflecken. Auffallend war an ihr sonst nur eine ungewöhnlich starke Anämie.

Aus den Protokollen der patholog. Society of London ist eine Debatte über den Ursprung des Molluscum contagiosum (40) hervorzuheben, aus welcher hervorgeht, dass Thin, Taylor und Sangster in England die Vertreter des extraglandulären Ursprunges sind und ihre Ansicht sehr bestimmt begründen, während Startin und Pye-Smith die glanduläre Abstammung, freilich nur wegen der oberflächlichen Aehnlichkeit mit Talgdrüsen, aufrecht halten und Hutchinson sie von unthätigen, abortiven Talgdrüsen abgeleitet wissen will.

41. **Hardaway.** Fall von multipler Neubildung der Haut, begleitet von intensivem Jucken. (Arch. of. Derm. p. 129. April 1880.)
42. **Duhring.** Supplement zu einem Fall von entzündlich fungöser Neubildung. (Arch. of Dermatol. p. 1. Jan. 1880.)
43. **van Harlingen.** Ein Fall von chronisch entzündlicher tuberculo-versiculärer Hautaffection. (Arch. of Dermat. April 1880.)
44. **Elizabeth Cushier.** Epitheliom der Vulva nach lange bestehendem Pruritus, Operation. (New-York med. Record XVI. Nov. 1879.)
45. **Cäsar Boeck.** Zwei eigenthümliche Fälle von Lupus erythematosus disseminatus. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 1. Heft, p. 1—28, 1880.)

Nach einer Krankengeschichte von Hardaway (41) fanden sich bei einer 51 Jahre alten Frau etwa 60 Neubildungen, die weitläufig zerstreut und nur in der Nähe der Füsse und der Hände dichter gesäet waren. Auf den letzteren hatte die Affection vor 22 Jahren begonnen. Die grössten erheben sich 5 Millimeter über das Niveau der übrigen, in der Nachbarschaft verdickten und pigmentirten Haut, sind mit dicker Hornschicht bedeckt, rauh anzufühlen, zum Theile isolirt, zum Theile zu etwa 8 grösseren, dicken Platten confluirend und der Sitz unerträglichen Juckens, weshalb sie sich theilweise in zerkratztem Zustande befinden. Sie begünstigen die

Streckseiten der Extremitäten, finden sich aber auch an Handteller und Fusssohle und geben hier zu schmerzhaften Fissuren Anlass. Während 16monatlicher Beobachtung bestanden die Tumoren ganz in gleicher Weise, ohne dass neue aufgetreten oder alte verschwunden wären. Trotz der langen Dauer der Affection war die Gesundheit der Patientin im Allgemeinen gut. Die von Dr. Heitzmann vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab Entzündungsherde besonders im oberen Theil der Cutis und eine Hypertrophie der Epidermis mit auffallender Verlängerung der Papillen. Unna.

Duhring gibt (42) das Ende der in dieser Vierteljahresschrift (1879, pag. 375) referirten Krankengeschichte, den Sectionsbefund, die mikroskopische Untersuchung, eine eigene Epikrise und eine solche von Dr. Langstreth. Hervorzuheben ist, dass keines der angewandten Mittel einen Erfolg hatte und die Affection unter beständiger Ausbreitung, Verschwinden einzelner und Vergrösserung anderer Geschwülste, besonders der Stirngeschwulst, die mit der galvanokaustischen Schlinge exstirpirt werden musste, endlich zu tödtlichem Marasmus führte. Die Section ergab wie in Geber's Fall an inneren Organen keine Metastasen. Nur in der Parotis und der Blase zeigte sich eine ähnliche Geschwulst, wie die an der Haut, was Dr. Longstreth veranlasste. der Geschwulstform eine Neigung für „epitheliale Oberflächen“ zu vindiciren. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab ähnliche Resultate, wie die früher ausgeführten; sowohl D. wie Longstreth sprachen sich dahin aus, dass trotz der von Dr. Heitzmann betonten mikroskopischen Aehnlichkeit mit Sarcomen das klinische Bild mit dem Sarcom nichts gemein habe und wiesen besonders auf das spätere Verschwinden und die rasche Heilung nach Exstirpation ohne locales Recidiv hin; die Geschwulstform sei daher lieber fürs erste ohne Namen zu belassen, als sie der einer fundamentalen Kritik sehr bedürftigen Sarcomgruppe anzureihen. (An einen Vergleich mit Lepra tuberosa scheint nicht gedacht worden zu sein. Anm. des Ref.) Unna.

Die bisher unbeschriebene Hautaffection, welche den Gegenstand der Arbeit von van Harlingen bildet (43), fand sich bei einem sehr stupiden, 39jährigen Frauenzimmer, bei der sie schon in der Kindheit aufgetreten sein soll. Die Einzeleruptionen erhoben sich auf zuvor juckenden Stellen als quaddelähnliche Erhabenheiten innerhalb 12—18

Stunden. Sie waren 1—1·5 Centim. im Durchmesser, 2—3 Mm. hoch, von dem sie umgebenden röthlichen Hofe nicht scharf abgesetzt und von glatter Oberfläche. Während der nächsten 48 Stunden wandelten sie sich in flache, durchscheinende Blasen, deren Inhalt allmälig eitriger wurde und schliesslich zu Borken vertrocknete, nach deren Abfall die Efflorescenzen eine Aschfarbe und eine festere Consistenz annahmen und besonders am Rande sich dunkel pigmentirt zeigten. Nachdem sie Monate in dieser Weise bestanden hatten, restirten nur noch weisse, narbige Flecke mit dunklem Pigmentsaume, auch diese verschwanden endlich. In einzelnen Fällen erhoben sich jedoch die schon in Resorption befindlichen Knötchen von Neuem zur alten Form. Im Entstehen gewöhnlich mit Jucken verbunden, wurden sie immer unempfindlicher. Ausser einer starken Disposition zur Cutis anserina zeigte die Patientin sonst vollständiges Wohlbefinden.

Die anatomische Untersuchung einer frischen Efflorescenz durch Dr. Longstreth ergab Infiltration der Cutis aus Rundzellen, Hypertrophie der ganzen Epidermis und der Papillen (?) und als Sitz der Blase die mittlere Hornschicht. (Die Blasen waren mithin als Exfoliationsblasen anzusehen. Anm. d. Ref.) Eine noch etwas eingehendere Untersuchung eines älteren Knotens durch Dr. Heitzmann zeigte, dass die Cutisveränderungen durch die ganze Breite desselben in gleicher Weise ausgeprägt waren, dass dagegen die Epithelveränderungen im Centrum gipfelten. Erstere bestanden aus allgemeiner Hypertrophie der Bindegewebsbündel, einer Wucherung des Endothels der Blutgefässe, welche in Pigmentatrophie der letzteren auslief und Atrophie der Haare, Talg- und Schweissdrüsen. Die Epidermis nebst den Papillen (? R.) waren ebenfalls hypertrophisch. Unna.

Nach einer Krankengeschichte welche E. Cushier erzählt (44), litt eine 60jähr. Frau, Mutter von 3 Kindern, seit 13 J. nicht mehr menstruirt, seit 10 J. an Jucken in der Vulva, welches in den letzten Jahren so zugenommen hatte, dass es die Nachtruhe raubte und die Pat. kraftlos und äusserst nervös machte. Pat. war seit 2 J. in ärztlicher Behandlung gewesen und vor einigen Monaten von einem bedeutenden Frauenarzte in New-York an der Vulva cauterisirt worden. C. fand bei der Untersuchung die Oberflächen der Lab. maj. blass und platt; die Nymphen hypertrophisch; an der Innenfläche der rechten Nymphe eine $^1/_2$ ″ im Durchmesser grosse ulcerirte Stelle mit blas-

sen Granulationen. Der Uterus war atrophisch, am Orif. uteri sassen kleine Erosionen; aus dem Cervicalkanal floss eitrige Flüssigkeit ab. Das Jucken fand in der ganzen Vulva, besonders aber an den Nymphen und der Klitoris statt. Zucker war im Urin nicht nachzuweisen. Die Behandlung bestand in 2mal wöchentlich stattfindenden Aetzungen der Uterus-Innenfläche mit Acid. carbol. und Glycerin ana; Ausspülung der Vagina mit 2proc. Carbollösung; Application von Ung. aconit. auf die juckenden Stellen der Vulva; Bismuth. subnitr. auf die Ulcerationen; Bromkalium, Cannabis ind. und Opium innerlich.

Nach drei Monaten war der Pruritus fast völlig verschwunden, aber die Ulceration hatte sich vergrössert und zeigte deutlich papilläre Wucherungen; es bestand zweifellos ein Epitheliom. Nach Entfernung der Nymphen und der Klitoris durch Abschneiden mit der Scheere und Verschluss der Wunde durch 5 Seidennäthe trat völlige Heilung ein. Einige Monate nach der Operation war der Gesundheitszustand ein völlig guter.

Pruritus ist nach C. ein häufiges Begleit- oder Secundär-Symptom maligner Erkrankung der Vulva, geht aber nur selten derselben lange voraus.

Nach einer Darstellung der jetzigen Lehre über Lupus erythematosus, namentlich nach den Publicationen Kaposi's, sucht Boeck (45) die Gleichartigkeit der verschiedenen Symptome, die ganz besonders in der acuten, disseminaten Form dieser Krankheit auftreten können, nachzuweisen und versucht auch die Anschauung, dass wahrscheinlich die vasomotorischen Centren in dem pathogenetischen Process dieser Krankheit eine hervorragende Rolle spielen, zur Geltung zu bringen.

Die mitgetheilten Fälle betrafen zwei Männer im Alter resp. von 20 und 30 Jahren, was schon bemerkenswerth ist, da diese acute Form von L. eryth. bisher so äusserst selten beim männlichen Geschlechte beobachtet wurde. Die Eigenthümlichkeit dieser Fälle bestand darin, dass in einer grossen Zahl der disseminirten, hanfkorngrossen Efflorescenzen ein Eiterherd in der Mitte derselben sich bildete, in Folge dessen das Gesammtbild der Krankheit eine gewisse Aehnlichkeit mit einer über den grössten Theil des Körpers verbreiteten Acne zeigte (Stern, Wiener medicin. Wochenschrift, Nr. 38, 1876). Andere dieser acut hervorbrechenden Efflorescenzen

wieder hatten, während sie noch neu und frisch entstanden waren, am Gipfel wie eine kleine Vesikel. Sowohl diese Vesikel wie auch die Pustel repräsentirten, wie es sich bei der mikroskopischen Untersuchung einiger excidirten Efflorescenzen zeigte, eine grosse, aber immer sehr oberflächlich situirte Epidermishöhle, die mit einer Menge grosser, verhornter, wie um einander gewälzter, scholliger Epidermiszellen nebst zahlreichen Rundzellen und Fettkörnchen angefüllt war. In der nächsten Umgebung dieser Epidermishöhle war das Corium in dem Grade mit Rundzellen infiltrirt, dass die Grenze zwischen Epidermis und Corium sehr schwierig zu bestimmen war. Mehr in der Peripherie und der Tiefe der Efflorescenzen (denn wie gesagt die Epidermishöhle war, wenigstens im Anfange, immer sehr oberflächlich situirt) trat die zellige Infiltration des Coriums in langen Zügen den Gefässen entlang auf. Die Epidermis war im Ganzen hyperplastisch entwickelt, die Retezellen sehr gross und granulirt und namentlich war die körnige (?) Schicht der Epidermis (Auffhammer, Langerhans, Ranvier) sehr stark entwickelt. Ob die erwähnte Epidermishöhle eine abnorm entwickelte Talgdrüse repräsentirte oder vielleicht durch einen hyperplastischen Process im Rete mucosum gebildet wurde, ist vom Verf. unentschieden gelassen.

Uebrigens boten diese Fälle alle diejenigen Symptome dar, die von Kaposi als charakteristisch in der acuten Form von L. erythem. beschrieben sind. Bei allen beiden fanden sich bedeutende Drüsengeschwülste vor, und bei dem einen war auch die als „Erysipelas perstans“ beschriebene chronische, ödematöse Geschwulst des Gesichtes (namentlich um das rechte Auge und in der rechten Wange stark entwickelt) in ausgesprochenem Grade vorhanden, wie auch derselbe Patient während des Aufenthaltes im Hospital einen heftigen Anfall von Erysipelas faciei, von sehr hohem Fieber begleitet, durchmachte. Auch der andere Patient hatte früher einen ähnlichen Anfall von Gesichtsrose gehabt, der von dem früher behandelnden Arzte beobachtet wurde. In dem einen Falle wurde die Entwickelung der Primärefflorescenzen sehr genau verfolgt; sie stimmte aber nicht mit der von Kaposi gegebenen Beschreibung überein, die eigentlich nur für die chronischen aggregirten Fälle und die späteren Stadien dieser acuten Form passt. Hier ist in der That eine Lücke, behauptet der Verf., in der übrigens ausgezeichneten Darstellung Kaposi's. Die Entwickelung der Efflorescenzen wird in folgender

Weise beschrieben: Es bildet sich rasch ein knopfnadelkopf- bis hanfkorngrosser, lebhaft rother Fleck, der im Laufe von ein bis zwei Tagen sich ziemlich stark über das Niveau der Haut hebt und sich gleichzeitig sehr scharf von der gesunden Haut abgrenzt. Bei genauer Untersuchung eben in den ersten Tagen nach dem Auftreten der Efflorescenz zeigte die centrale Partie derselben eine mehr bläulich-livide Farbennuance, die an das bläulich durchschimmernde Aussehen von Vesikelbildungen der Handfläche erinnerte (die erwähnte Epidermishöhle), während die Peripherie der Efflorescenz, wie gesagt, lebhaft roth war. Der ganze Fleck zeigte eine gleichmässig gewölbte Oberfläche, von der gespannten glatten Epidermis gebildet, und es gelang nie in diesem Stadium, trotz vielen wiederholten Untersuchungen mit wie ohne Lupe, die geringste Spur einer Vertiefung oder Follikelmündung in der Mitte der Efflorescenz zu entdecken. Nachdem nun der Fleck einige Tage sich so ziemlich unverändert erhalten hatte, konnte die weitere Entwickelung sich etwas verschieden gestalten. Entweder hatte der Entzündungs- und Exsudationsprocess schon culminirt, und die Efflorescenz begann somit wieder einzusinken, wobei die früher gespannte glatte Epidermis sich runzelte und schliesslich Schuppen bildete; namentlich sah man jetzt für gewöhnlich die Mitte der Efflorescenz von einem kleinen Epidermishäufchen bedeckt, das sich sehr oft zapfenförmig in die Tiefe streckte. Oder der Entzündungsprocess schritt noch weiter fort und es bildete sich der erwähnte Eiterherd in der Mitte der Efflorescenz, welcher im Anfange immer sehr oberflächlich und klein war, aber bisweilen nach und nach den grössten Theil der Efflorescenz einnehmen konnte. Dieser Eiter trocknete dann auch schliesslich ein und bildete eine Kruste, die sich ebenfalls in die Tiefe streckte. Es soll speciell erwähnt werden, dass die hier beschriebene charakteristische Efflorescenz sich nicht immer sofort als solche präsentirte; bisweilen bildete sich zuerst, wie auch von Kaposi beschrieben ist, ein ödematöser, mehr als erbsengrosser Knoten, aus welchem dann nach ein paar Tagen die kleine, hanfkorngrosse Efflorescenz hervorging, indem das Oedem des Unterhautzellgewebes wieder schwand. — Die Efflorescenzen kamen grösstentheils zerstreut und nur an einzelnen Stellen in der Art aggregirt vor, dass diese Partie mehr das gewöhnliche Bild von L. erythem. darbot. Am zahlreichsten kamen sie ausser im Gesichte und an den Ohren an den Vorderarmen, um

die Handgelenke, am Handrücken und an den Unterschenkeln mit dem Fussrücken vor; auch in der Fusssohle fanden sich übrigens einzelne Efflorescenzen vor. Die Vertheilung war im Grossen und Ganzen symmetrisch. — Die Efflorescenzen liessen Narben zurück, die namentlich an den Händen und um die Handgelenke ein ganz eigenthümliches, punkt- und streifenförmiges Aussehen darboten.

Von anderen Symptomen können noch Steifigkeit der Gelenke und rheumatoide Schmerzen in den Gliedern erwähnt werden. In dem einen Falle kam ein in dieser Krankheit bisher nicht beobachtetes Symptom vor, nämlich eine vorübergehende Geschwulst und Empfindlichkeit des einen Testikels mit dem betreffenden Samenstrang. Beim andern Pat. war das rechte Auge im Laufe der Krankheit phthisisch zu Grunde gegangen. — Der 30jährige Patient war circa 10 Jahre, der 20jährige ungefähr 3 Jahre krank gewesen unter wiederholten acuten Attaken, namentlich jeden Herbst und jedes Frühjahr. Alle beide waren in einem früheren Alter scrophulös gewesen; sie wurden als „gebessert" aus dem Hospitale entlassen. — Schliesslich wird die Aetiologie und Behandlung des L. erythem. kürzlich besprochen. Ausser den gewöhnlichen Behandlungsmethoden und Mitteln dieser Krankheit gegenüber wird das Sublimatcollodium (1:10) als ein in mehr tiefgreifenden hartnäckigen Fällen zweckmässiges Aetzmittel erwähnt.

46. **H. Schultze.** Die Theorien über die Area Celsi. (Virch.'s Archiv Bd. LXXX. 2, pag. 193, 1880.)
47. **Jamieson.** Alopecia areata. (Edinb. med. Journ. pag. 835. März 1879.)
48. **Sangster.** Herpes tonsurans complicirt mit Alopecia areata. (Lancet, 3. Juli 1880.)
49. **Mégnin.** Ueber die Pilzkrankheiten (Teignes) bei den Hausthieren und ihre Identität oder Analogie mit denjenigen des Menschen. (Ann. de Derm. I. 1. p. 101. 1880.)
50. **Railliet.** Ueber die Tinea tonsurans bei den Thieren. (Ann. de Derm. I. 2 pag. 232, 1880.)
51. **Vidal.** Ueber Herpes tonsurans des Nagels. (Gaz. des Hôp. 29. 1880.)
52. **M' Call Anderson.** Ueber Tinea imbricata oder Tokelau Ringworm. (Edinb. med. Journ. p. 204 Sept. 1880.)

Nach einer Uebersicht der älteren und besonders der neueren Theorien des Haarwechsels (Götte, Unna, Schulin, Ebner), die sich Schultze (46) für das Verständniss der Area-Befunde von grösster Bedeutung erwiesen haben, bespricht derselbe zunächst die einzelnen Haarbestandtheile unter diesem bisher vernachlässigten Gesichtspunkte.

Die Wurzelscheiden zeichnen sich klinisch dadurch aus, dass alle beide abnormer Weise leicht mit ausgezogen werden (in einem Falle folgten sogar sämmtliche bindegewebige Balgschichten) histologisch dadurch, dass die innere häufig gefaltet und weiter abwärts als beim gesunden Haare verhornt ist (Zeichen von Senescenz) und die äussere keinerlei productive Fortsätze treibt. Die vom Ref. bisher allein beschriebene „neutrale" Zellenlage der äusseren Scheide hat S. auch „wiederholt gut erhalten gefunden, wenn schon innere und äussere Wurzelscheide bereits hochgradig verändert waren."

Der Haarschaft zeichnet sich durch Sprödigkeit und Brüchigkeit aus (mit Michelson [d. Vtljsch. p. 362, 1880] gegen andere Autoren) sowohl in Längs- wie in Querrichtung. Die Anschwellungen des Schafts (Rindfleisch, Michelson) sowie das gänzliche oder absatzweise Fehlen des Markes bestätigt S. unter Hinweis auf das normale Vorkommen dieser Abweichungen beim Haarwechsel. Am Haaroberhäutchen beschreibt S. eine übrigens der Area nicht allein zukommende durch Expansion des Schafts erzeugte Rarefaction, so dass dasselbe den Schaft „wie ein Drathkorb" umhüllt. In Bezug auf die homogene Grenzmembran werden die Angaben des Ref. über senile Veränderungen desselben bestätigt, die bei der Area eine wichtige Rolle spielen und hier sogar auch die anderen Balgschichten ergreifen, so dass der schwache Zusammenhalt der Balgtheile daraus verständlich wird.

Während diese Befunde sich an den reifen Papillenhaaren der Randzone ergeben, sind die feinen Härchen, welche die Area intercurrirend bedecken, papillenlose, jedoch mit Oberhäutchen bedeckte Haare; für diese „Lückenbüsser" lässt S. den Namen Lanugohaare nicht gelten und sieht in den Schalthaaren Götte's eher ein physiologisches Vorbild für dieselben als im Beethaare des Ref. Endlich findet man drittens bei der Area Haare in allen Stadien des Haarwechsels, welche, von der abnormen Verhornung bei dieser Krankheit in Mitleidenschaft gezogen, ungewöhnliche Formen annehmen und sich von ihrer Matrix abnorm leicht ablösen lassen.

Die klinischen Bemerkungen sind von besonderem Interesse, weil aus eigener Erfahrung geschöpft. Verf. leidet nämlich seit 17 Jahren an jener gutartigen Form der Area, die nicht zur absoluten Kahlheit führt, sondern bei der unter fortwährender De- und Regeneration immer neue Stellen befallen werden. Wiederholt fand dieses an symmetrischen Stellen statt; in der ersten Zeit litt Verf. häufig an heftigem Kopfschmerz, mit Vorliebe an der kranken Seite, später an Parästhesien. Eine Abschwächung des Tastgefühls nimmt S. trotz Michelson's genauer Versuche nach Erfahrungen an sich selbst an, schreibt dieselbe jedoch nur dem Mangel an Haaren zu, welche sämmtlich (Bonnet) als gewisse Tastempfindungen vermittelnd angenommen werden müssen. Den früheren, nicht völlig beweisenden Fällen gegenüber werden 2 Fälle mitgetheilt, in deren einem die Area bald nach einer rechtsseitigen Facialislähmung entstand, in deren anderem sie einen ausgebreiteten sogenannten Naevus nerveus complicirte. Gestützt auf diese Thatsachen und theoretischen Erwägungen verhält sich S. der trophoneurotischen Theorie gegenüber weniger ablehnend als Michelson, erörtert vielmehr die hierbei in Betracht kommenden, möglichen Erklärungsweisen und weist andererseits die von Buchner gegen dieselbe erhobenen Einwände mit physiologischen Gründen auf das entschiedenste zurück. Pilze jedoch hat S. auch nach der Methode von Eichhorst nie gefunden und auch die Hypothese von primären Cutisveränderungen mit nachfolgendem Haarschwund (Michelson) erkennt er, trotzdem die nachgewiesenen senilen Veränderungen des Balges ihm selbst zu einer ganz plausibeln Erklärung der kolbenförmigen Schaftanschwellung und der Sistirung des Haarwachsthums verhalfen, nicht als ausreichend an, da die rasch vorübergehende Form der Area doch immer wieder auf eine primäre trophoneurotische Störung hinweist. Unna.

Ein Patient von Jamieson (47) hatte ausser seinen Areaflecken im Schnurr- und Backenbart Flecke von hellgefärbten Haaren. Ein behufs mikroskopischer Untersuchung excidirtes Hautstück ergab weder an den Talgdrüsen noch Haarfollikeln, weder in der Cutis, noch im subcutanen Gewebe (Michelson) pathologische Veränderungen, in den Haaren die Abwesenheit eines Pilzes. Die innere Wurzelscheide wurde leicht mit ausgezogen. Jamieson fand in einigen Schuppen wenige Pilze ohne irgend eine Bedeutung. Er ist

im Gegensatz zu Squire Anhänger der neurotischen Theorie der Area Celsi. Unna.

Sangster gibt (48) die kurze Beschreibung einer Complication von Herpes tonsurans mit Area Celsi und erwähnt früherer Fälle (Waren Tay, Pathol. Society transact. 1874, pag. 209). In seinem Falle handelte es sich um einen 1 Jahr alten, diffusen (nach Alder Smith) Ringworm und einen Fleck von Alopecia areata am Hinterkopfe. Auf diesem constatirte S. an abgeschabten Hornlamellen Sporen ähnlich denen des Ringworm, in den Haaren der Randzone dagegen in Wellenlinien angeordnete Körnchen. Erstere glaubt S. auf den Ringworm des übrigen Kopfes zurückführen zu müssen, scheint jedoch, wie Hutchinson, eine Beziehung beider Affectionen für möglich zu halten. (Die Complication einer ausgedehnten Alopecia areata des Kopfes mit einem maculösen Herpes tonsurans des ganzen Körpers, beide scheinbar vollständig unabhängig, wird z. Z. vom Ref. bei einem 8jährigen Knaben beobachtet.) Unna.

Mégnin (49) machte in der Gesellschaft für Biologie in Paris (Sitzung vom 8. November 1879) Mittheilungen über Pilzerkrankungen der Haut bei Hausthieren, welche seither in dem eben erscheinenden grossen Werke desselben Autors über Thierparasiten ausführlicher zur Erörterung kommen.

Seitdem man zuerst (1852) Herpes tonsurans der Pferde sich auf Menschen übertragen gesehen hatte, glaubte man, dass der Herpes tonsurans der Pferde mit dem des Menschen identisch sei. Bei ersteren zeigt sich die Erkrankung in Form herpetischer Plaques oder Ringe von dem Durchmesser eines Fünffrancsstückes, die mit einer schiefergrauen, aus Epidermistrümmern, abgebrochenen und zerfetzten Haarstümpfen bestehenden Borke bedeckt sind und welche Pilzelemente mit Sporen von einem Durchmesser von 0·002 bis 0·003 Millimeter enthalten.

Eine analoge Affection ist auch bei Kälbern bekannt; sie ist ausserordentlich contagiös, geht nicht allein auf Kälber, sondern auch auf den Menschen über, und wurde bisher für identisch mit dem Herpes tonsurans der Pferde gehalten. Eine genauere Untersuchung des Vf. ergab jedoch, das die in Rede stehende Affection beim Kalbe mit der

des Menschen identisch ist, dass sich beide jedoch von der des Pferdes erheblich unterscheiden. Beim Kalbe besitzen die Krusten eine gelbliche, beim Pferde eine schiefergraue Farbe, bei ersterem ist die erkrankte Stelle vollkommen glatt und nicht durch abgebrochene Haarstümpfe struppig, die Haare selbst sind nirgends zerstört, weil der Pilz in die Follikel und die benachbarten Epidermislager, niemals aber in die Substanz der Haare hineinwuchert. Indem er vielmehr die Haare von ihrem Boden lockert, tritt ein vollkommener Haarausfall und Abstossung der Epidermis, zuweilen mit ulcerösem Zerfall der ergriffenen Stelle ein. Der Parasit selber, welchen M. mit dem Namen des Trichophyton decalvans belegt, hat gelbliche Sporen mit einem Durchmesser von 0·005 bis 0·006 Mm.

Um sich zu vergewissern, dass es sich hier wirklich um zwei verschiedene Formen des Trichophyton handle und die Differenz nicht etwa auf eine Verschiedenheit des Keimbodens zurückzuführen sei, nahm Vf. experimentelle Uebertragungen beider Formen auf ein Pferd durch Verreibung von Krusten an zwei benachbarten Stellen vor. Es entwickelten sich neben einander beide Formen mit den ihnen eigenthümlichen Pilzen; ein gleiches Resultat wurde bei einem 18 Monate alten Hunde erzielt, welchen M. der Gesellschaft vorstellte.

Wenn beim Menschen zwei verschiedene Formen von Herpes tonsurans angetroffen werden, von denen die eine zur Ulceration neigt (? A.), die andere aber einfache Ringe bildet, diese letztere einen Pilz erkennen lässt, dessen Sporen eine bläuliche Färbung und einen Durchmesser von 0·002 bis 0·003 Mm. besitzen, während der Pilz der ersteren bräunliche Sporen mit einem Durchmesser von 0·006 Mm. hat, dann ist nach M. die letztere Form durch Uebertragung vom Kalbe entstanden, erstere vom Pferde oder Hunde, denn der Hund erwirbt die Erkrankung häufig von diesem und überträgt sie auf andere Hunde und auf den Menschen.

Im Anschluss hieran bemerkt M., dass er beim Pferde auch eine Alopecia areata ohne Pilze beobachtet hat. Die kranken, buchstäblich angefressenen und in ihrer Ernährung offenbar beeinträchtigten Haare wurden später durch gesunde, aber vollkommen farblose ersetzt; bei einem Papagei fand er eine analoge Erkrankung, die durch Pilze bedingt war. Er knüpft hieran die Vermuthung, dass möglicher Weise auch beim Menschen zwei Formen von Alopecia areata, eine parasitäre und eine nicht parasitäre vorkommen.

In der sich hier anknüpfenden Discussion erwähnte Quinquaud, dass die Untersuchungen M.'s mit seinen Beobachtungen beim Menschen übereinstimmen. Es seien hier mehr als drei Formen von Herpes tonsurans zu unterscheiden: die erste ist die classische Form; bei der zweiten, welche an die „Pseudo-Pelade" Bazin's erinnert, findet ein Ausfall der an sich nur hin und wieder erkrankten Haare statt, bei jener finden sich Sporen von 0·005 bis 0·006 Mm., bei dieser von 0·002 bis 0·004 Mm. im Durchmesser; die dritte Form, bei welcher ein Abbrechen der Haare vorkommt, geht mit Bildung umfangreicher Krusten einher, die zu Irrthümern in der Diagnose führen und zumal, wenn sie im Gesicht vorkommen, gewöhnlich für ein Eczema impetiginosum gehalten werden. In Bezug auf die Alopecia areata müsse man thatsächlich zwischen einer parasitären und einer nicht parasitären Form unterscheiden. Endlich erwähnt Vf. einer knotigen Haarerkrankung, die er „Nouure" nennt, bei welcher er bisher Pilze nicht nachweisen konnte (Trichorrhexis nodosa A.).

Einer ausführlichen historisch-klinischen Darlegung von Railliet (50) über Mykosis tonsurans bei Thieren entnehmen wir die Ansicht des Vf. über die von Mégnin (siehe oben) behauptete Existenz zweier Formen von Herpes tonsurans, deren eine dem Pferde und Hunde, die andere dem Kalbe angehöre. R. spricht sich vorläufig gegen diese Annahme aus, indem er die angegebenen Unterschiede für zu geringfügig und (mit Berufung auf die Untersuchungen von Gerlach und Perroncito) als vielleicht blos bedingt durch den verschiedenen Nährboden ansieht.

Vidal (51) fand bei einem 67jährigen Manne, welcher mindestens drei Jahre lang an Herpes tonsurans litt und bei dem sich die Erkrankung fast über die ganze Körperoberfläche ausgebreitet hatte, auch die Nägel in hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen. Nach V.'s Schilderung ist der Gang, welchen die Erkrankung hier gewöhnlich nimmt, folgender: Zuerst verdickt sich der Nagel und wird emporgehoben; man sieht alsdann durch denselben kleine bräunliche Punkte hindurchschimmern, die durch Anhäufungen von Sporen erzeugt werden. Später wuchert der Pilz in das Nagelblatt hinein, indem er es in Längsstreifen durchzieht, es auflockert und in Lamellen zerklüftet, die nach und nach abbröckeln, schliesslich bleiben

nur Stümpfe des Nagels zurück. Der ganze Vorgang ist nach dem Verf. ganz ähnlich jenem an den Haaren.

Anderson theilt (52) mit, dass die neuerlich von Manson ausführlich bearbeitete Tinea imbricata (diese Vierteljahresschrift pag. 147, 1880) schon im Jahre 1868 von Turner unter dem Namen Herpes desquamans von den Samoainseln beschrieben wurde. Die Samoaner nennen sie Lafa Tokelau oder Tokelau ringworm, da sie dieselbe von Tokelau oder Bowditch Island eingeschleppt glauben. Hierhin soll sie von einem Tamaner (Gilbertinseln) mit Namen Peter gebracht sein, woher sie den Namen le Peta führe. Anderson glaubt auch dieselbe Affection in der Beschreibung einer Pilzkrankheit von den Fiji-Inseln von M'Gregor wiederzufinden. Nach diesem Autor leiden jedoch nicht die Fiji-Insulaner selbst an der Krankheit, obwohl die Tinea versicolor bei ihnen häufig zu finden ist, sondern nur die fremden Arbeiter von den Salomoinseln, den neuen Hebriden und Lime Islands, angeblich, weil sich die Fiji-Insulaner den Körper mit Cocosnussöl einzureiben pflegen. Auch die Europäer in Fiji leiden nicht daran. Jedenfalls geht daraus hervor, dass diese Pilzkrankheit weiter über den stillen Ocean verbreitet ist, als sich aus der Arbeit von Manson schliessen liess. Unna.

Buchanzeigen.

Atlas der Hautkrankheiten. Von Dr. Isidor Neumann, a. o. Prof. der Dermatologie und Syphilis an der k. k. Universität zu Wien. 72 Tafeln in Chromolithographie, ausgeführt von Dr. J. Heitzmann. Mit beschreibendem Texte. I. Lieferung. Tafel 16, 24, 25, 28, 32, 46. Wien 1881. Wilhelm Braumüller, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler. Gross-Quart. Preis für jede Lieferung: 5 fl. = 10 Mark.

Ein neuer Atlas der Hautkrankheiten von Is. Neumann und Jul. Heitzmann, welcher im Ganzen 12 Hefte mit 72 Illustrationen umfassen wird und dessen erstes Heft eben ausgegeben wird, tritt offenbar in die Fussstapfen des seiner Zeit von der Wiener Akademie der Wissenschaften herausgegebenen grossen Atlas von Hebra, dessen meisterhafte Illustrationen zuerst Dr. Elfinger und nach dessen Tode Dr. Carl Heitzmann geliefert haben. Das im Erscheinen begriffene neue Bilderwerk ist in kleinerem, wenn auch immer noch dem Zweck vollkommen entsprechendem Format (Gross-Quart) angelegt und zeichnet sich sowohl durch seine prachtvolle Ausstattung im Ganzen — wie dies von der um die medicinische Literatur so hochverdienten Verlagshandlung Braumüller zu erwarten war — als durch die Ausführung der Illustrationen von Julius Heitzmann, dem tüchtigen Nachfolger seines Bruders Carl, als endlich durch die Preiswürdigkeit des Werkes (Subscriptions-Preis im Ganzen 60 fl. = 120 Mark) vor anderen Concurrenz-Unternehmungen aus. Der Text von Prof. Neumann enthält neben historischen Auseinandersetzungen, die wohl in den folgenden Heften wegbleiben könnten, einen kurz gefassten Auszug der pathologischen und histologischen Anschauungen, wie sie in des Verfassers Lehrbuch der Hautkrankheiten niedergelegt sind. Vielleicht thäte der Verfasser besser, statt dessen in der Folge auf die Beschreibung

des Verlaufes jener einzelnen Krankheitsfälle, welche den Illustrationen als Objecte gedient haben, Rücksicht zu nehmen.

Das erste Heft enthält folgende Tafeln: Eczem, Brom-Exanthem, Sykosis, Psoriasis, Prurigo, Sklerodermie, von denen wir die letzte für die gelungenste halten.

Bei dem Umstande, als der grosse Hebra'sche Atlas nicht nur sehr kostspielig, sondern überdies gar nicht mehr current zu haben ist, muss das vorliegende Werk jedem Arzt als Hilfswerk für die Diagnose der Hautkrankheiten angelegentlich empfohlen werden.

In gleicher Weise ist die von der Verlagshandlung zugleich mit dem obigen Werke versendete zweite, unveränderte, jedoch im Preise bedeutend (auf 36 fl.) ermässigte Ausgabe des von Kaposi und Carl Heitzmann herausgegebenen illustrirten Werkes: „Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute" dem ärztlichen Publikum bestens zu empfehlen. H. A.

Aforismos de Dermatológia práctica por el Excmo Sr. Dr. D. José Eugenio Olavide, Médico del Hóspital de San Juan de Dios, Individuo de la Real Academia de Medicina, Médico de la Real Casa, Gran Cruz de la Real y distinguida Orden americana de Isabel la Católica etc. Madrid 1880. (Biblioteca de la Revista especial de Oftalmologia, Sifilografia, Dermatologia.) — 49 S. 8°.

In dem vorliegenden Hefte exponirt der in Spanien als Dermatolog hochangesehene Verfasser eine Reihe von Aphorismen über Hautkrankheiten (256 an der Zahl), durch welche in kategorischer Weise die Gesetze festgestellt werden, an welche sich die Hautkrankheiten nach den Vorschriften der älteren französischen Schule von Alibert bis Bazin zu halten haben. Ob die Natur in der That die Unfehlbarkeit aller vom Verf. ausgesprochenen Sätze zu einem Dogma erhoben hat, wollen wir dahingestellt sein lassen. Wir greifen einige wenige Aphorismen, die sich durch ihre Kürze auszeichnen, als Exempel heraus:

18. Die chronischen und aus internen Ursachen stammenden Dermatosen, welche die ganze Hautfläche bedecken, sind immer tödtlich.

22. Prurigo und Asthma sind fast immer mit einander in Verbindung.

30. Der Cancer kommt sehr häufig in den letzten Perioden des Herpetismus, des Rheumatismus und der Scrophulose vor.

51. Rheumatismus und Syphilis bedürfen in der Regel warmer Bäder, Scropheln kalter, der Herpetismus lauwarmer.

101. Die Exsudate der gutartigen Scrophuliden geben saure, die feuchten Herpetiden alkalische Reaction.

167. Die Addison'sche Krankheit ist ein pigmentirtes Scrophulid, welches darum gefährlich ist, weil es fast immer mit Eingeweide-Scropheln zusammenfällt, u. s. w. M. R.

Influence de la Syphilis sur les maladies du système nerveux central. Thèse par Charles Chauvet, ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon etc. A. Delahaye. Paris 1880. 94 S. 8⁰.

In der obigen Abhandlung behandelt der Verfasser nicht die Syphilis des Nervensystems, sondern die Frage nach dem Einflusse, welchen die Syphilis auf Erkrankungen des Centralnervensystems ausübt. Im Wesentlichen benützt der Autor weniger eigene Erfahrungen, als die Literatur, welche er vortrefflich kennt, zur Erörterung von Fragen, welche freilich, der Natur der Sache und unserer bisherigen Kenntnisse nach, eher formulirt als heute schon gelöst werden können. Dass der Verf. den Gegenstand in drei Theilen abhandelt: I. Einfluss der Syphilis auf Gehirnkrankheiten, II. auf Rückenmarkskrankheiten, III. auf Neurosen, und dass er unter letzterem Titel Hysterie, Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans und Geistesstörung zusammenfasst, wird man begreiflich, wenn auch nicht sehr erbaulich finden. H. A.

Nekrolog.

In Prag starb am 17. October der von allen Syphilodologen hochgeschätzte Professor Dr. Johann Ritter von Waller im Alter von 69 Jahren. Geboren am 12. October 1811 zu Flöhau bei Saaz in Böhmen, absolvirte er das Gymnasium in Saaz und bezog sodann die Universität Prag, an der er im Jahre 1838 zum Doctor der Heilkunde promovirt wurde. Nach einer kurzen Dienstzeit als Secundararzt an der Prager Irrenanstalt wurde er zum Assistenten an der medicinischen Klinik für Wundärzte in Prag ernannt und supplirte ein Jahr lang (1844—45) die Lehrkanzel. Im Jahre 1847 wurde Waller zum Primararzte der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Prager allgemeinen Krankenhause ernannt, in welcher

Stellung er bis zum Jahre 1859 verblieb. Hier war es, wo Waller's grosse wissenschaftliche Leistungen für die Syphilislehre entstanden, in erster Reihe jene kühnen Impfversuche mit Syphilis-Secret an Gesunden, welche Waller 1851 bekannt machte (Vierteljahreschrift für die prakt. Heilkunde. VIII. Jahrg. 29. Band, 1851) und welche die Frage von der Uebertragbarkeit secundärer Symptome, die Wallace zuerst (schon 1835) durch Experimente affirmativ erledigt, Ricord aber mit aller Macht der Dialektik ins Schwanken gebracht hatte, endgiltig entschieden haben.

In späteren Jahren hat Waller seine wissenschaftliche Thätigkeit weniger der Syphilis als allgemein pathologischen Fragen zugewendet, wozu ihm seine Ernennung zum Professor der allgemeinen Pathologie an der Prager Universität 1859 Anlass bot. In den letzteren Jahren seines Lebens kränkelte er viel und erlag zuletzt den Folgen eines apoplektischen Anfalls. Der Dahingeschiedene hatte durch seinen liebenswürdigen Charakter nicht minder als durch seine wissenschaftliche und ärztliche Begabung die Sympathien Aller im reichlichsten Masse besessen. Unsere Vierteljahresschrift verliert an ihm überdies einen jener glänzenden Namen, unter deren Aegide das Blatt seit seiner Gründung im Jahre 1869 erschienen ist.

Als die wichtigsten Publicationen Waller's sind folgende zu erwähnen:

1. Bericht über die während der Schuljahre 1844—45 auf der med. Klinik für Wundärzte und der 2. Internisten-Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Prag beobachteten Krankheiten der Respirationsorgane. Prager Vierteljahresschrift, VI. Band.
2. Ueber die acute Lungentuberculose. Ebenda, XI. Band.
3. Der syphilitische Krankheitsprocess auf der Schleimhaut der Respirationsorgane. Ebenda, XVIII. Band.
4. Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus syphiliticus. Ebenda, XXIII. Bd.
5. Die Contagiosität der Syphilis.
6. Weitere Beiträge betreffend die Contagiosität der secundären Syphilis und „Ueber Inoculation der Syphilis bei Thieren". Ebenda, XXIX. Band.
7. Beitrag zur Lösung einiger Streitfragen in der Syphilidologie. Ebenda, LXIII. und LXVI. Band.

Heinrich Auspitz.

Bibliographie des Jahres 1880.

Dermatologie.

Erstes Verzeichniss.

Adam, Thomas B., Pericarditis und allgemeine Tuberculose nach Scharlachfieber. Glasgow med. Journ. XIII. 6. p. 463. June.

Airy, Hubert, Plötzlicher Ausbruch von Scarlatina, vermuthlich durch Milch übertragen. Practitioner XXIV. 2. p. 149. Febr.

Amidon, R. W., Veränderungen in der Haut in einem Falle von Gesichtserysipel. Archives of Dermatol. VI. 2. p. 126. April.

Anderson, Mc Call, Ueber Anwendung der Jodstärke bei Behandlung des Lupus erythematodes. Brit. med. Journ. May 1.

Anderson, J. Wallace, Masern, gefolgt von Albuminurie und allgem. Anasarka. Glasgow med. Journ. XIII. 4. p. 323. April.

Animale Impfung, Verfügung d. k. Regierung zu Düsseldorf vom 10. Nov. 1879. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXXII. p. 179. Jan.

Antony, Ueber die Ursachen der Verschiedenheit der Resultate bei der Revaccination. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVI. p. 257. Mai—Juin.

Appenrodt, Vasomotorische Neurose der Haut. Deutsche med. Wchnschr. VI. 16.

Archambault, Ueber Behandl. d. Scharlachs. Gaz. des Hôp. 2.

Atlee, Walter F., Ueber Vaccination. Amer. Journ. N. S. CLIX. p. 188. July.

Aydelotte, John S., Ueber Behandl. d. hartnäckigen Eczems. Philad. med. and surg. Reporter XLII. 9. p. 196. Febr.

Baker, Morrant, Fälle von Sklerodermie. Lancet I. 16; April.

Balfour, John, Ueber Vaccination. Edinb. med. Journ. XXV. p. 794. March.

Ballard, Edward, Ueber animale Vaccination. Practitioner XXIV. 2. p. 140. Febr. — Med. Times and Gaz. March 6. p. 271.

Bancroft, Joseph, Leprose mit Filaria. Lancet I. 8; Febr.

Bell, Benjamin, Ueber animale Vaccination. Edinb. med. Journ. XXV. p. 970. (Nr. 299.) May.

Bernard, H., Ueber Vaccination und Revaccination. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 27. p. 434.

Bernoulli, Daniel, Ueber universelle exsudative Arzneiexantheme. Schweiz. Corr.-Bl. X. 2.

Bernoulli, D., Ueber Variola in Basel. Schweiz. Corr.-Bl. X. 6. p. 173.

Bergh, R., Bericht über die zweite Abtheilung des allgemeinen Hospitals zu Kopenhagen für Venerische und Hautkrankheiten für 1879. Hosp.-Tid. 2. R. VII. 29.

Besnier, Ernest, Ueber d. Contagiosität d. Lepra. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 8.

Bernoulli, W., Zur Diagnostik der Blattern. Schweiz. Corr.-Bl. X. 11.

Berry, William, Icterus nach Scharlach. Brit. med. Journ. June 5. p. 848.

Bidenkap, Fall von Spedalskhed. Norsk Mag. 3. R. X. 3 Forh. S. 8.

Biggs, Robert; A. B. Brabazon; Ueber Pocken zu Bath. Lancet I. 5; Jan. p. 185.

Blachez, Allgemeines Eczem; Anfälle von Dyspnoë. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 21.

Blaisdell, A. F., Zwei Anfälle von Scharlach binnen 6 Monaten. Boston med. and surg. Journ. CIII. 2. p. 43. July.

Blot, Ueber obligatorische Vaccination und Revaccination. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 24.

Bouchut, Revaccination; gleichzeitige Entwickelung von Vaccine und Variola. Gaz. des Hôp. 69.

Boeck, Caesar, Fälle von Lupus erythematodes disseminatus. Norsk. Mag. 3. R. X. 1. S. 1.

Boegehold, E., Fall von Ichthyosis cornea. Virchow's Archiv LXXIX. 3. p. 545.

Bogle, J. H., Vaccination vom Kalbe aus. Lancet I. 14; April p. 541.

Bourquelot u. Galippe, Eruption auf d. Haut durch rothen Flanell bedingt. Ann. d'Hyg. 3. S. III. p. 254. Mars.

Bowerbank, Lewis Quier, Ueber Framboësia, Med. Times and Gaz. April 3.

Brivois, L., Parasitäres Erysipelas. Gaz. des Hôp. 41.

Bronson, Neurose der Haut. Arch. of Derm. VI. 1. p. 62. Jan.

Brown, Fergus M., Ueber die Diagnose der Rötheln. Brit. med. Journ. July 3. p. 9.

Brown, W. Perrin; G. E. Shuttleworth, Ueber die Diagnose der Rötheln. Brit. med. Journ. July 10. p. 49.

Brückner, C., Fall von acutem Pemphigus. Memorabilien XXV. 5. p. 206.

Brünniche, A., Ueber Scarlatina und Masern in Kopenhagen im J. 1879. Hosp.-Tid. 2. R. VII. 22.

Bulkley, L. Duncan, a) Tinea trichophytina capitis. — b) Lichen planus. Arch. of Dermatol. VI. 2. p. 133. 146. April.

Bulkley, L. Duncan, Ueber die Anwendung des Wassers bei Hautkrankheiten. (Chicago med. Journ. and Exam. Jan. 1880.)

Bulkley, L. Duncan, a) Tinea trychophytina corporis. — b) Favus. Arch. of Derm. VI. 1. p. 56. 61. Jan.

Bulkley, L. Duncan, Multiples Melanosarkom d. Haut. Boston med. and surg. Journ. CII. 10. p. 218. March.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Behandl. d. Eczems bei Kindern. Practitioner XXIV. 4. p. 270. April.

Bull, William, Bromidrose in der Achselhöhle, behandelt mit Quecksilberoleat. Lancet I. 19; May p. 742.

Burckhardt-Merian, Albert, Ueber den Scharlach in seinen Beziehungen zum Gehörorgane. (Samml. klin. Vorträge, herausgegeben von Richard Volkmann Nr. 182, Chir. Nr. 54.) Leipzig. Breitkopf und Härtel. gr. 8. 28 S.

Burnie, W. Gilchrist, Ueber die Diagnose der Rötheln. Brit. med. Journ. June 5. p. 848.

Cameron, Charles, Ueber Vaccinalymphe. Lancet I. 3; Jan. p. 108.

Cameron, Scarlatina nach Operationen u. Verletzungen. Glasgow med. Journ. XIII. 2. p. 151. Febr.

Campana, Roberto, Ueber Anwendung des Goapulvers bei Hautkrankheiten. Giorn. internaz. delle Sc. med. II. 1. p. 76.

Catel, A., Ueber d. Nothwendigkeit d. allgem. Revaccination. L'Union 25.

Cavafy, John, Fall von Urticaria pigmentosa. Lancet I. 19; May p. 739.

Ceely, Robert, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. Jan. 24. p. 147.

Ceely, Robert, Ueber Vaccinalymphe. Lancet I. 6; Febr. p. 227.

Ciotti, F., u. F. Lussana, Ueber die Wirkung d. gegohrenen Mais und Getreides in Bezug auf d. Pellagra. Gazz. Lomb. 8. S. II. 1. 2. 9.

Ciotto, F., und F. Lussana, Ueber die Wirkung des gegohrenen Mais und Getreides bei Pellagra. Gazz. Lomb. 8. S. II. 11. 15. 16. 18. 19.

Clark, Alonzo, Ueber Eruptionsfieber (Pocken; Scharlach). New York med. Record XVII. 18—21; May.

Collie, Alexander, Ueber Pockenhospitäler. Med. Times and Gaz. June 5. 12.

Cory, Robert, Ueber die Bezieh. d. Kuhpocken und d. Pferdepocken zu d. Menschenpocken. St. Thom. Hosp. Rep. N. S. IX. p. 143.

Cottle, Wyndham, Ueber Behandlung der Tinea circinata mit Crotonöl. Lancet I. 16; April p. 622. — Brit. med. Journ. May 29.

Cottle, Wyndham, Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans. Lancet I. 13; March.

Crocker, H. Radcliffe, Ueber Histologie und Pathologie der Morphaea. Arch. of Derm. VI. 1. p. 54. Jan.

Dawosky, Spät auftretender Morb. Brightii post scarlatinam und Fälle von Parotiden- und Submaxillardrüsen-Geschwulst in Folge von Scharlachgift ohne Scharlachexanthem. Memorabilien XXV. 4. p. 167.

D'Alessandro, Antonio, Fall von Lupus. Giorn. internaz. delle Sc. med. II. 2. p. 172.

Depaul, Angeborne Variola. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 18. p. 434. Mai 4.

Donath, Julius, Eczem in Folge von Atropineinträuflung. Wiener med. Wchnschr. XXX. 12.

Doutrelepont, Ueber Behandlung von Hautkrankh., besonders Psoriasis, mittelst Chrysarobin- und Pyrogallussäure. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 6. p. 85.

Duckworth, Dyce, Fall von Rötheln. Lancet I. 11; March.

Duhring, Louis A., Entzündl. fungoide Neubildung. Arch. of Derm. V. 1. p. 1. Jan.

Duffey, George F., Ueber Jodpurpura. Dubl. Journ. LXIX. p. 273. 323. April.

Duguet, Ueber blaue Flecke, ihre Unabhängigkeit von Krankheiten und ihre Bedeutungslosigkeit. Gaz. des Hôp. 46.

Engler, Josef, Seltener Verlauf bei Masern. Wien. med. Presse. XXI. 7.

Erysipelas, epidemisches. Gaz. des Hôp. 31.

Farquharson, Robert, Ueber Anwendung des Arsenik bei Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. May 29.

Finny, J. Magee, Purpura haemorrhagica. Brit. med. Journ. May 29.

Fleming, George, Ueber Menschen- und Thierpocken. Lancet I. 22; May.

Fleming, George, Ueber d. Pocken d. Menschen und Thiere. Lancet. I. 5. 7. 12. 13. Jan.—March.

Forlanini, Carlo, Ueber Kerion Celsi. Gazz. degli Ospidali I. 4. p. 146. Febr.

Fox, Tilbury, Ueber Hydroa. Arch. of Derm. VI. 1. p. 16. Jan.

Fox, Colcott T., Ueber d. neurot. Ursprung d. Lichen planus. Brit. med. Journ. March 13.

Frithiof, Ueber animale Vaccination. Brit. med. Journ. March 6. p. 381.

Gale, H. Stanley, Ueber Hautkrankheiten. Lancet I. 16; April.

Gilles de la Tourette, Ueber die Complicationen der Krätze. L'Union 64.

Godrich, Francis, Ueber Pockenhospitäler. Lancet I. 20; May p. 787.

Goltz, G., Eigenthümliche Form von Erythem. Deutsche med. Wchnschr. VI. 17.

Gouguenheim, Allgem. Erythema papulatum; subacuter Gelenkrheumatismus. L'Union 3.

Graham, J. E.; A. R. Robinson; Robert Abbe; L. Duncan Bulkley, Fälle von Morphaea. Arch. of Dermatol. VI. 2. p. 140. 142. 143. 144. April.

Greenway, Alex. S., Angeborne Pocken, durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Brit. med. Journ. June 5.

Guibout, E., Ueber Behandlung des Eczem. Gaz. des Hôp. 70. 72.

Guibout, Ueber Ichthyose. Gaz. des Hôp. 38. — Ueber Akne. L'Union 10. — Ueber malignen exfoliativen Herpes. Ibid. 28. 29.

Guibout, E., Ueber die semiolog. Bedeutung der Hautkrankheiten. L'Union 60.

Hansen, G. Armauer, Bacillus leprae. Nord. med. Ark. XII. 1. Nr. 3.

Hansen, G. Armauer, Bacillus leprae. Virchow's Arch. LXXIX. 1. p. 32.

Hardaway, W. A., Multiple Hautgeschwülste mit intensivem Pruritus. Arch. of Dermatol. VI. 2. p. 129. April.

Hardy, Ueber Krätze. Gaz. des Hôp. 17.

Harlingen, Arthur van, Chron. entzündliche tuberculo-vesiculare Hautkrankheit. Arch. of Dermatol. VI. 2. p. 121. April.

Harnden, R. S., Zweifelhafte Diagnose zwischen exfoliativer Dermatitis oder Pemphigus. New York med. Record XVII. 18; May p. 496.

Hart, Ernest, Ueber Impfzwang. Brit med. Journ. July 3. — Ueber das Impfgesetz in England. Ibid. Juli 17.

Hay, M., Ueber d. Erfolge d. animalen Vaccination in Wien im J. 1879. Wiener med. Wchnschr. XXX. 14. p. 391.

Hay, M., Variola bei frisch Geimpften. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. VI. 6.

Heinrich, C., Die Kahlköpfigkeit und deren Verhütung. Gesundheit V. 6.

Hemming, W. Douglas, Ueber Rötheln. Edinb. med. Journ. XXVI. p. 53. (Nr. 301.) July. — Brit. med. Journ. July 17. p. 83.

Henderson, Edward, Ueber Elephantiasis Arabum. Edinb. med. Journ. XXV. p. 588. 775. Jan., March.

Hervieux, Ueber Vaccination. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 20. 21. p. 500. 510. Mai 18. 25.

Hofmann Ottmar, Ueber Impfung mit animaler Lymphe. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 29.

Huet, G. D. L., Ueber Variola. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 25. p. 381.

Huguenin, Ist in Frage der Abschaffung des Impfzwanges mit Ja oder Nein zu stimmen? Zürich. Trüb. 8. 40 S.

Hutchinson, Jonathan, Ueber Lupus und dessen Behandlung. Brit. med. Journ. May 1.

Huperz, Th., Die Schutzpockenimpfung u. d. Reichs-Impfgesetz. Neuwied. Heuser. 8. 29 S.

Hyde, James Nevins, Molluscum verrucosum mit ungewöhnl. Erscheinungen. Edinb. med. Journ. XXV. p. 687. Febr.

Hyde, James Nevins, Ueber im Sommer vorkommende Hautkrankheiten und ihre Behandlung. Med. News and Abstract XXXVIII. 7. p. 385. July.

Jamieson, W. Allan, Allgem. Dermatitis exfoliativa. Edinb. med. Journ. XXV. p. 879. April.

Jarisch, A., Chemische Studien über Pemphigus. Wiener med. Jahrb. I. u. II. p. 227.

Jarisch, A., Anwendung der Pyrogallussäure bei Hautkrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. I. 3. p. 631.

Kaposi, Moriz, Vorlesungen über Pathologie u. Therapie d. Hautkrankheiten. Wien. Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. XII u. 808 S.

Keyes, Diagnose zwischen Syphilis u. Lupus erythematosus. Arch. of Derm. VI. 1. p. 63. Jan.

Kleinwächter, Ludwig, Masern im Wochenbette. Wiener med. Presse XXI. 7.

Koren, Aug., Mittheilungen aus den Scharlach-Hospitälern in Christiania vom Sept. 1875 bis Mai 1877. Norsk. Mag. 3. R. X. 1. S. 29.

Korver, J. M., Besmetting met syphilis door middel van de vaccinatie. Inaug.-Diss. Amsterdam. 8. 80 S.

Kühn, Adolf, Zur Lehre vom Erythema exsudativum. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 4. 5.

Lang, Eduard, Fälle von Prurigo mit sehr günstigem Verlaufe. Wiener med. Wochenschr. XXX. 19.

Landowski, Paul, Ueb. Behandl. d. Lupus mittelst Abschabung u. Scarificationen. Journ. de Thér. VII. 5. p. 178. Mars.

Ledetsch, N., Gleichzeitiges Vorkommen zweier Exantheme. Prag. med. Wochenschr. V. 17.

Leloir u. Chabrier, Veränderungen der Hautnerven in einem Falle von Vitiligo. Gaz. de Par. 1. p. 11; 3. p. 36.

Lewis, Louis, Wismutholeat gegen Eczem. Brit. med. Journ. June 26. p. 968.

Loebl, Josef M., Zur antisept. Therapie des Erysipels. Wiener med. Presse XXI. 26.

Lombroso, Cesare, Ueber Pellagra. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 20. p. 492. Mai 18.

Lorinser, F. W., Der Impfschutz in seinen Beziehungen zur Impfstatistik. Wiener med. Wchnschr. XXX. 7. 8. 9. 10. 11.

Lotz, Th., Pocken und Vaccination. Bericht über die Impffrage, erstattet im Namen der Schweizer Sanitätscommission an den Schweizer Bundesrath. Basel. Schwabe. 8. III und 136 S. mit 6 Taf.

Mackenzie, Stephan, Urticaria pigmentosa. Med. Times and Gaz. April 24. p. 451.

Martini, Ueber Hautkrankheiten (Scabies; Psoriasis; Eczem). Deutsche med. Wochenschr. VI. 23. p. 313.

Matthés, Fall von Eczema universale. Memorabilien XXV. 2. p. 61.

Meyer, Lothar, Zur Empfänglichkeit Neugeborener f. d. Pockencontagium. Virchow's Arch. LXXIX. 1. p. 43.

Meyer, Lothar, a) Zur Impf-Technik. — b) Zum §. 3 des Reichs-Impfgesetzes. Vjhrschr. f. ger. Med. N. F. XXXII. p. 95. 175. Jan.

Michelson, P., Zur Discussion über die Aetiologie der Area Celsi. Virchow's Arch. LXXX. 2. p. 296.

Miller, G. A., Erysipelasepidemie. Edinb. med. Journ. XXV. p. 1095. (Nr. 300) June.

Milroy, Gavins, Ueber Framboesie. Med. Times and Gaz. June 26.

Milroy, Gavin, Ueber Framboësia. Med. Times and Gaz. Febr. 21.

Moncorvo und Da Silva Araujo, Ueber Behandlung der Elephantiasis Arabum durch gleichzeitige Anwendung constanter und intermittirender elektrischer Ströme. Gaz. de Par. 20. p. 258.

Morris, Malcolm, Ueber den therapeutischen Werth des Arsenik bei Hautkrankheiten. Practitioner XXIV. 6. 7. p. 434. June p. 8. July.

Moyes, John, Subcutane Arsenikinjectionen bei Hautkrankheiten. Glasgow med. Journ. XIII. 2. p. 135. Febr.

Neumann, Isidor, Ueber Pemphigus bei Kindern. Wiener med. Presse XXI. 5. p. 146.

Neumann, Isidor, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. verm. Aufl. Wien. Braumüller. 8. X. u. 667 S. mit 108 eingedr. Holzschn. und 1 Taf.

Nicholls, H. A. Alford, Ueber Framboësia. Med. Times and Gaz. Jan. 3. 10.

Nörregaard, A. G., Ueber Abortivbehandlung des Erysipels. Norsk Mag. 3. R. X. 5. S. 379.

Osthoff, Hämoglobinurie bei Scarlatina. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 16.

Otto, Jul., Das Scharlachfieber in Chicago, hauptsächlich die Epidemie in d. J. 1876—77. Inaug.-Diss. Göttingen 1879. Vandenhoeck u. Ruprecht. 8. 22 S.

Padieu, Vaccination eines mit Eczem des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut behafteten Kindes; confluirende Vaccina-Eruption an den eczematösen Stellen; Uebertragung der Vaccina auf die Mutter und die Wärterin. Gaz. des Hôp. 52.

Parrot, Ueber Variola bei Kindern u. bei Erwachsenen. Gaz. des Hôp. 33. 35. 36. 41.

Parrot, Vergleich zwischen der Variola bei Kindern und Erwachsenen. Gaz. des Hôp. 44. 49. 52. 54.

Pellarin, Ch., Variola und Vaccina. L'Union 75.

Pepper, Wm., Erysipelas. Philad. med. and surg. Reporter XLII. 9. p. 182. Febr.

Pick, F. J., Einseitiger Pemphigus. Prag. med. Wchnschr. V. 4. p. 38.

Pick, F. J., Ueber die Wirkung d. Oleum Gynocardiae (Chaulmoogra-Oel) bei Hautkrankheiten. Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Nied.-Oesterr. VI. 3.

Pick, Jos., Ueber Nothimpfung. Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Nieder-Oesterr. VI. 2.

Pincus, Ueber die Wirkungsweise der Vaccination. Berl. klin. Wochenschr. XVII. 20. p. 291.

Playfair, David T., Seltene Form von Elephantiasis. Edinb. med. Journ. XXVI. p. 18. (Nr. 301.) July.

Pocken, Erkrankungen und Todesfälle an solchen in Bayern im Jahre 1879. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 27.

Profeta. Ueber Alopecia acquisita. Giorn. internaz. delle Sc. med. II. 3. p. 298.

Richardson, D., Ueber Variolisirung d. Kühe. Lancet I. 15; April p. 580.

Riedinger, Ueber d. Auftreten d. Scharlach bei Operirten und Verwundeten. Chir. Centr.-Bl. VII. 9.

Riedinger, Scharlach nach Wunden. Chir. Centralbl. VII. 27.

Robinson, James, Ueber die Diagnose der Rötheln. Brit. med. Journ. June 19.

Sang, William, Ueber Diagnose und Behandlung der Scabies. Edinb. med. Journ. XXV. p. 1083. (Nr. 300). June.

Sangster, Alfred, Fälle von Purpura-Erythem. Med. Times and Gaz. May 15.

Sangster Alfred, Tinea tonsurans mit Alopecia areata. Lancet II. 1; July.

Sawyer, James, Bleioleat gegen Eczem. Brit. med. Journ. May 29. p. 809; June 19. p. 923.

S., Zur Schutzkraft der Vaccination. Petersb. med. Wochenschr. V. 26. p. 220.

Salètes, Phlegmone des Armes nach der Vaccination. Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXVI. p. 165. Mars—Avril.

Schultze H., Theorien über die Area Celsi. Virchow's Archiv LXXX. 2. p. 193.

Schuster, Heinrich, Elephantiasis der Nase, combinirt mit plexiformem Neurom und allgem. Neuromatose. Prag. med. Wochenschr. V. 21. 22. 23.

Schwimmer, Ernst, Ueber d. Vorkommen der Lepra in Ungarn. (Pester med.-chir. Presse.) Budapest. Druck von F. C. Wilkens u. Sohn. 8. 24 S. mit 1 Photographie.

Schwimmer, Ernst, Zur Therapie d. Variola vom Standpunkte d. Mikrococcuslehre. Leipzig. Druck von J. B. Hirschfeld. 8. 43 S. mit 1 Tafel. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXV. 2 u. 3. p. 178.

Sherwell, Fall von Leprose. Journ. of Dermatologie VI. 2. p. 148. April.

Simmons, D. B., Ueber Leprose in Japan und deren Behandlung mit Copaivbalsam. New York med. Record XVII. 15; April p. 408.

Smart, Wm. R. E., Ueber epidem. Erysipel. Brit. med. Journ. Febr. 7.

Smith, Alder, Ueber Tinea tonsurans, deren Diagnose u. Behandlung. Lancet I. 2. 4. 5; Jan., 15. p. 581. April.

Smith, Alder, Ueber Anwendung des Crotonöls gegen Tinea circinata. Brit. med. Journ. June 12.

Smith, Walter G., Seltene knotige Beschaffenheit der Haare. Brit. med. Journ. May 1.

Sozinskey, T. S., Ueber Scharlach. Philad. med. and surg. Reporter XLII. 4. 5. p. 67. 90. Jan.

Stevens, Henry, Ueber die angebliche Verschlechterung der humanisirten Lymphe u. animale Vaccination. Practitioner XXIV. 1. p. 64. Jan.

Startin, James, Crotonöl gegen Tinea circinata. Lancet I. 18; May p. 696.

Steel, T. H., Pustulöser Ausschlag durch Schafwäsche entstanden. Brit. med. Journ. Mai 8. p. 693.

Stokes, William, Gangränöse Entzündung nach Vaccination. Dubl. Journ. LXIX. p. 498. 528. (3. S. Nr. 102.) June.

Stowers, J. Herbert, Ueber Lupus, dessen Wesen und Pathologie Brit. med. Journ. May 1.

Squire, Balmanno, Ueber Behandlung des Lupus mittelst linearer Scarification. Brit. med. Journ. May 1.

Squire, Balmanno, Instrument zum Abschneiden der Haare. Med. Times and Gaz. May 29.

Thin, George, Ueber Wachsthumshemmung d. Nägel b. Krankheiten. Lancet I. 12; March.

Tomkins, Henry, Ueber die Diagnose der Rötheln. Brit. med. Journ. May 29.

Treub, Hector, Scharlachepidemie in einer chir. Krankenabtheilung. Chir. Centr.-Bl. VII. 18.

Vaccination in Amsterdam. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. 10. 11.

Vaccination u. Revaccination im niederl. Heere im J. 1879. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. 12.

Vallin, Ueber die Verbreitungsweise der Variola und der Diphtherie. Ann. d'Hyg. 3. S. IV. 1. p. 46. Juillet.

Van den Schrieck, Zur Prophylaxe d. Variola. Ann. d'Hyg. 3. S. III. p. 32. Janv.

Variola und Vaccine, Discussion. Bull. de l'Acad. 2. S. XI. 24. p. 593. Juin 15.

Veyrières, Ueber das Contagium der Lepra. Arch. gén. 7. S. V. p. 75. Juillet.

Vidal, Ueber Eczema marginatum; Pityriasis marginata parasitaria. Gaz. des Hôp. 50.

Vidal, Ueber Eczem. Gaz. des Hôp. 3. 9. 14. 15.

Vidal, Ueber Onychomykosis trichophytica oder Trichophyton unguealo. Gaz. des Hôp. 29.

Walker, E., Fälle von Naevus. Med. Times and Gaz. Febr. 28.

Walker, Benjamin, Zur Behandlung der Naevi. Lancet I. 18; May.

Warlomont, Ueber animale Vaccination. Journ. de Brux. LXX. p. 23. 137. Janv., Févr. — Brit. med. Journ. May 15. p. 752.

Wertheim, Ueber Psoriasis. Wien med. Presse XXI. 9. p. 279.

Wiener, Ueber die techn. Ausführung d. Impfungsgeschäftes. Deutsche med. Wchnschr. VI. 15. 16. (Med. Beamten-Ztg. 7. 8.)

Wilhelmi, A., Fall von Pseudo-Chromidrosis. Mon.-Bl. für Augenheilk. XVIII. p. 252. Juli.

Wilks, Samuel, Ueber die Schutzkraft der Kuhpockenimpfung. Brit. med. Journ. Febr. 7. p. 225.

Woodman, John, Ueber Rötheln. Brit. med. Journ. June 26, p. 968.

Zeissl, Maximilian, Ueber Arzneiexantheme. Wiener med. Wochenschr. XXX. 27.

Syphilis.

Erstes Verzeichniss.

Althaus, Julius, Syphilit. Thrombose der Basilararterie; Erweichung des Pons Varolii; doppelte Hemiplegie und Anarthrie. Brit. med. Journ. June 12. p. 886.

Amsler, Schwefelwasser u. Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. VI. 1.

Asch, Morris J., Syphilitische Larynxstenose; Tracheotomie; Katheterisation; Heilung. Archiv of Laryngol. I. 1. p. 62. March.

Bechterew, W., Ueber die Structur der gummösen Neubildungen im Gewebe des Gehirns. Petersb. med. Wochenschr. V. 26.

Bernheim, Fälle von Hirnsyphilis. Revue méd. de l'Est XII. 1. 2. p. 3. 51. Janv.

Bulkley, L. Duncan, Serpiginöses tuberculöses Syphilid in der Scapulargegend ohne vorhergehende Syphilissymptome. New York med. Record XVII. 16; April p. 425.

Burkmann, Syphilis seit ungefähr 6 Mon.; acute Nephritis; Urämie; Lungenödem; Genesung. Deutsche med. Wchnschr. VI. 4.

Cailleret, Ueber schwere syphilitische Erkrankungen der Haut. L'Union 66.

Caradec jun., Th., Multiple Neurome mit troph. Störungen bei sec. Syphilis. Gaz. des Hôp. 13.

Cheadle, Fälle von tertiärer Syphilis bei Kindern. Brit. med. Journ. Febr. 7. p. 205.

De Luca, R., Ueber den vener. Katarrh. bei Frauen. Giorn. internaz. delle Sc. med. II. 2. p. 151.

Du Cazal, Syphilis des Gehirns und Rückenmarks; mehrfache Lähmungen; Heilung. L'Union 75.

Duplay, Syphil. Adeno-Phlegmone d. Halses. Gaz. des Hôp. 23.

Echeverria, M. G., Ueber syphilitische Epilepsie. Journ. of mental Sc. XXVI. p. 165. July.

Elsberg und C. C. Rice, Kehlkopfsyphilis; Narbenmembran. Arch. of Laryngol. I. 1. p. 70. March.

Folinea, Francesco, Ueber Verletzungen bei Syphilitischen. Giorn. internaz. delle Sc. med. I. 10 e 11. p. 1154; 12. p. 1310.

Fournier, Hirnsyphilis. Gaz. des Hôp. 35. p. 277.

Fournier, Alfred, Ueber Schleimhautsyphiliden. Gaz. des Hôp. 73. 78.

Fournier, Alfr., Fall von Hirnsyphilis. L'Union 85. 86.

Fox, George Henry, Ueber Mundschanker. New-York med. Journ. XXXI. 2. p. 145. Febr.

Gájásy, Ludwig, Pemphigus syphiliticus. Berl. klin. Wochenschrift. XVII. 24.

Gouguenheim und Bruneau, Ueber chankröse Folliculitis der Vulva oder weichen folliculären Schanker. Gaz. des Hôp. 43. — L'Union 89.

Greenough, F. B., Ueber Chankroid. Boston med. and surg. Journ. CII. 7. p. 163. Febr.

Güntz, J. Edmund, Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanuretum hydrargyri bei syphilit. Erkrankungen. Wiener med. Presse XXI. 12. 13. 14. 15.

Güntz, J. Edmund, Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanetum hydrargyri bei syphil. Erkrankungen. Wiener med. Presse XXI. 18. 19.

Hall, de Havilland, Syphilit. Erkrankung des Larynx. Lancet I. 24; June p. 914.

Harlingen, Arthur van, Fälle von syphilit. Muskelcontractur. Amer. Journ. CLVIII. p. 399. April.

Harrison, Reginald, Ueber Behandlung des Trippers und Verhütung der Stricturbildung durch Irrigation der Harnröhre. Lancet I. 20; May.

Haslund, Alex., Gonorrhoischer Rheumatismus und Pyarthrus gonorrhoicus. Ugeskr. f. Läger 4. R. I. 1. 2.

Holm, N., Ueber die Temperatur bei syphilit. kleinen Kindern. Hosp. Tid. 2. R. VII. 2. 3.

Huber, Karl, Ueber syphilit. Gefässerkrankung. Virchow's Arch. LXXIX. 3. p. 537.

Jackson, J. Hughlings, Syphilis d. Gehirnes. Lancet I. 8. 10; Febr., March.

Johnson, Walter B., Gummata am Penis, phagedän. Schanker gleichend. New-York med. Record XVII. 9; Febr.

Kersch, Zur Pathologie und Therapie der Urethritis beim Manne. Memorabilien XXV. 6. p. 241.

Küchenmeister, Friedrich, Die Abortivbehandlung des entzündlichen Stadiums des Trippers. Deutsche med. Wochenschr. VI. 23.

Kurz, Edgar, Heilung d. Syphilis ohne Quecksilber. Memorabilien XXV. 2. p. 55.

Landowski, Paul, Ueber inficirenden Schanker. Journ. de Thér. VII. 12. p. 461. Juin.

Lang, Eduard, Ueber Mastitis u. Parotitis syphilitica. Wiener med. Wchnschr. XXX. 9.

Lowndes, Frederick W., Ueber das Lock-Hospital in Liverpool and die Häufigkeit und Heftigkeit der constitutionellen Syphilis in Liverpool. Brit. med. Journ. May 15.

Martineau, a) Ueber Syphiliden an der Vulva. — b) Ueber secundäre Syphilis des Uterus und der Vagina. L'Union 51. 59. 61.

Mauriac, Ch., Ueber gleichzeitig mit inficirendem Schanker vorkommende Affectionen. Gaz. des Hôp. 57. 61. 64. 77. 78.

Mauriac, Ch., Phlegmone u. Abscess in d. Damm-Harnröhrengegend; Trippererscheinungen. Gaz. des Hôp. 20. 21.

Mesterton, C. B., Ueber Behandlung d. Syphilis mit subcutaner Injection von Quecksilberpräparaten. Upsala läkarefören. förhandl. XV. 3. S. 421.

Molinari, G. Battista, Bericht über die im Dispensarium in Brescia behandelten vener. u. Hautkrankh. Gazz. Lomb. 8. S. II. 8.

Mracek, Franz, Die syphilitische Primärsklerose ausserhalb d. Genitalsphäre. Wiener med. Presse XXI. 1—5.

Murri, August, Ueber d. Diagnose d. syphilit. Hirnaffectionen. Journ. de Brux. LXX. p. 42. 123. 256. Janv., Févr., Mars.

Murri, August, Diagnostik der Hirnsyphilis. Journ. de Brux. LXX. p. 361. 462. Avril, Mai.

Otis, Fessenden N., Ueber Syphilis. Boston med. and surg. Journ. CII. 6. p. 121. Febr.

Parinaud, Dissociirte Paralyse des 3. Nervenpaares bei Hirnsyphilis. Gaz. de Par. 12. p. 151.

Pasqua, Ueber Injectionen mit Chloralhydrat in d. Harnröhre gegen Blennorrhöe. Bull. de Thér. XCVIII. p. 224. Mars 15.

Plumert, Arthur, Ueber subcutane Injection mit Bycianetum hydrargyri. Prager med. Wochenschr. V. 25.

Poore, Syphilit. Erkrankung d. Larynx u. d. Lungen; rasche Besserung nach Anwendung von Jodkalium. Lancet I. 2; Jan. p. 55.

Poore, Syphilit. Erkrankung d. Zunge u. d. Larynx. Lancet I. 4.; Jan. p. 129.

Proksch, J. K., Das „Regiment wider die Frantzosen", von Magnus Hundt. II. Ein Beitrag zu d. Sammelwerken d. ältesten Schriften über Syphilis. Med.-chir. Centr.-Bl. Nr. 4.

Protopopow, Harter Schanker an d. Oberlippe. Petersb. med. Wchnschr. V. 11. p. 89.

v. Rinecker, Reizung und Syphilis. Verh. der phys.-med. Ges. in Würzburg. N. F. XIV. 3 und 4. p. XXXIV.

Russel, Syphilis; epilept. Anfalle u. linkseit. Hemiplegie; doppelseit. Neuritis optici; Heilung nach Anwend. von Jodkalium. Brit. med. Journ. Febr. 28. p. 326.

Schloss, M., Zur antisyphilit. Wirkung d. Schwitzkur ohne primär gesteigerte Flüssigkeitszufuhr. Inaug.-Diss. Jena. Neuenhahn. 8. 21 S.

Schnitzler, Joh., Die Lungensyphilis u. ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 60 S. mit 8 Holzschn.

Sigmund, Carl v., Ueber d. Behandlung d. ersten d. Syphilis verdächtigen Erscheinungen. 8. 16 S. Sep.-Abdr. a. d. Pester med.-chir. Presse.

Sigmund, C. v., Vorlesungen über neuere Behandlungsweisen d. Syphilis. 2. Aufl. Wien. Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. 160 S.

Sigmund, K. v., Ueber die allgemeine Behandlung Syphilitischer in der ersten Periode der Erkrankung. Wiener med. Wochenschrift. XXX. 16. 17. 18.

Sigmund, K. v., Ueber den prophylaktischen Werth operativer Behandlung der Vorhautverengerung, mit besonderer Beziehung auf vener. Erkrankungen. Wiener med. Presse XXI. 25. 26.

Sturge, Allen, Fälle von secundärer Syphilis. Brit. med. Journ. March 13. p. 400.

Thiry, Multiple Schanker, theils mit specifischer Induration; theils vernarbt; Schankerbubo; Schleimtuberkel; constitut. Syphilis; Entbindung am rechtzeitigen Schwangerschaftsende; Kind gesund. Presse méd. XXXII. 13.

Vajda, L. v., Ueber d. Einfluss d. Quecksilbers auf d. Syphilisprocess, mit Berücksichtigung d. sog. Merkurialismus. Klin. u. chem. Untersuchungen von Dr. L. v. Vajda und Dr. H. Paschkis. Mit einleit. Vorworte von Hofr. Prof. Dr. Carl L. Sigmund Ritt. v. Ilanor und Prof. Dr. E. Ludwig. Wien. Braumüller. 8. XII u. 311 S.

Vajda, L., Ueber d. Uebertragbarkeit d. während d. Schwangerschaft erworbenen Syphilis d. Mutter auf d. Kind im Uterus. Nebst Discussion. Anz. d. Ges. d. Aerzte in Wien. Jan. 1. 8. 15.

Vajda, L. v., Ueber hereditäre Syphilis. Wien. med. Wchnschr. XXX. 2. — Wien. med. Presse XXI. 2. 3. p. 52. 83.

Walker, Edwin, Neuralgie d. Trigeminus, durch Syphilis bedingt. Arch. of med. III. 1. p. 110. Febr.

Weir, Ueber Behandlung der Gonorrhöe. Philad. med. and surg. Reporter XLII. 17. p. 353. April.

Westphal, Lues u. Degeneration d. Hinterstränge d. Rückenmarks. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 10. 11. p. 141. 155.

Zeissl, H., Ueber d. Vererbung d. Syphilis. Wien. med. Wchnschr. XXX. 4. 5.

Zeissl, Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose. Wiener med. Presse XXI. 27. 28. 29.

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

Druckfehler.

Auf Seite 388 (2. und 3. Heft) Zeile 15 und 16 von oben sind zwischen den Worten „mit der" und „Materie" die Worte „auf diese Weise erhaltenen" einzuschalten.

Auf Seite 431 (2. und 3. Heft) sind die citirten Quellen der Aufsätze von „Reumont: Chrysophansäure" und „Mosengeil: derselbe Gegenstand" umzustellen, so dass für den Aufsatz von Reumont die „Berliner klin. Wochenschrift" und für die Bemerkungen von Mosengeil's das „Centralblatt f. Chirurgie" als Quelle zu gelten hat.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.